Clinica Psihiatrică Timişoara

CAIET DE SEMIOLOGIE PSIHIATRICĂ PENTRU MEDICII REZIDENȚI

- pentru uz intern -

- după notițe de curs şi bibliografie -

Ediția a II-a, 2008

Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

Dr. Ramona Bărănescu, medic rezident,
în colaborare cu medicii rezidenți:
Dr. Nicoleta-Mirona Cumpănaş-Filip
Dr. Cătălina Giurgi-Oncu
Dr. Alexandru Petcu
Dr. Cristian Silvoşeanu
Dr. Fabiola Trancotă

Cuprins

Cuvânt înainte…….…..5
Sindroamele standard în formă tipic ideală.....7
Sindromul de anxietate generalizată…….……10
Scala Hamilton de evaluare a anxietății generalizate.....14
Sindromul atacului de panică.....19
Sindromul fobic.....22
Sindromul somatoform, al trăirii distorsionate a corporalității…..…...26
Sindromul obsesiv-compulsiv..... 29
Sindromul stărilor conversive şi disociative…….32
Sindromul insuficienței autocontrolului instinctivo-pulsional
Comportamentul impulsiv……..…35
Sindromul de dependență, addicție..... 39
Sindromul depresiei inhibate…….…….…...42
Scala Hamilton de evaluare a depresiei.....47
Sindromul maniacal……55
Scala Young de evaluare a maniei.....57
Sindromul halucinator şi al distorsiunilor perceptive.....61
Sindromul de depersonalizare – derealizare……64
Sindromul de transparență, influență şi de referință.....67
Sindromul delirant; delirul paranoid……72
Sindromul dezorganizării ideo-verbale şi
motivațional comportamentale…….…….78
Sindromul apatic amotivațional…….....…81
Sindromul denivelării vigilității. Delirium……..…..84
Sindromul dismnestic……..…87
Sindromul demențial…….. 89

Cuvânt înainte

În 2007, în Clinica Psihiatrică Timişoara a fost realizat un caiet de semiologie pentru rezidenți după notițele de la cursul profesorului Mircea Lăzărescu şi după bibliografie. El a fost îngrijit de rezidenta Magda Blaj şi a servit învățământului. Acest caiet de semiologie, caiet centrat pe sindroamele psihopatologice a încorporat şi criteriile de diagnostic după ICD-10 şi DSM-IV-TR a unor tulburări psihice care aveau o trimitere directă la marile sindroame psihopatologice. De asemenea cuprinde o listă alfabetică de definiții a unor simptome.

Proiectul a fost reluat de rezidenți în 2008. Tot după cursul ținut de profesor Mircea Lăzărescu şi bibliografie, ținând cont şi de prima ediție şi de sugestiile ulterioare, s-a realizat de către rezidenți o a doua ediție a cursului. El este centrat tot pe sindroamele standard, dar intenționează acum să fie un prim caiet din mai multe surse dedicate psihopatologiei clinice în conformitate cu tematica cursurilor susținute. El integrează şi o parte de semiologie centrată pe simptome, dar prezentate pe funcții şi în manieră alfabetică.

Echipa de rezidenți ce a lucrat la revizuire a fost coordonată de rezidenta Ramona Bărănescu şi e constituită din: Nicoleta-Mirona Cumpănaş-Filip, Cătălina Oncu-Giurgi, Alexandru Petcu, Cristian Silvoşeanu, Fabiola Trancotă.

Sindroamele standard în formă tipic ideală

Semiologia psihopatologică poate fi abordată, la fel ca în restul medicinei, din mai multe perspective.

Una este cea a funcțiilor psihice ca de exemplu perturbarea atenției, percepției, capacității de decizie, a vorbirii, etc, toate aceste funcții fiind definite şi studiate în normalitate de psihologie.

O altă perspectivă este cea a sindroamelor care constau dintr-un ansamblu de funcții psihice care se întâlnesc frecvent împreună în patologie şi prezintă o coerență interioară. Astfel este inhibiția psihomotorie de tip stuporos sau sindromul apatic, de indiferență. Sndroamele psihopatologice au diverse grade de complexitate. Totuşi ele sunt cele ce se regăsesc la baza episoadelor psihopatologice, aşa cum acestea pot fi identificate clinic, precum ar fi: episodul depresiv, episodul delirant, episodul obsesiv compulsiv.

Sindroamele importante pentru psihopatologie pot fi un punct de plecare mai firesc pentru abordarea semiologiei deoarece ele au un echivalent în normalitate astfel încât de la început cel ce studiază sau lectorul are o bază de referință în propria experiență şi în observarea vieții de zi cu zi. Astfel sindromul fobic constă în variante psihopatologice a fricilor pe care omul le poate trăi singur, cel maniacal are o replică în veselia sărbătorească, cel al deficitului de autocontrol pulsional în deciziile pripite pe care orice om le poate avea uneori. Din acest punct de vedere al sindroamele psihopatologice considerate ca replică în direcția deficitară a unor trăiri normale se poate vorbi de un nunăr finit de sindroame standard.

Acesta poate fi evaluat ca fiind mai mare sau mai mic în funcție de complexitatea trăirilor care sunt luate în considerare dar din principiu el se cere considerat ca finit.

Când se comentează sindroamele standard ca de exemplu anxietatea, depresia, mania, delirul, denivelarea vigilității conştiente, se cere precizată atât diferența față de respectiva trăiri normală cât şi intensitățile clinice ce se pot manifesta: de exemplu depresia uşoară, severă, gravă, inhibată sau ideația prevalentă (idee supraevaluată), convingere delirantă marginală, intensă şi de neschimbat, etc. Aşa cum trăirile normale ale omului au toate la bază şi o anumită constelație a funcționării encefalului la fel şi în cazul sindroamelor standard e de presupus, invocată şi uneori demonstrată o disfuncție cerebrală, mai ales în ceea ce priveşte perturbarea neurotransmisiei cerebrale. Astfel se consideră că depresia e însoțită de o hipotransmisie la nivelul căilor aminergice

Sindroamele psihopatologice, la fel ca în restul medicinei, constau din multiple simptome. Acestea nu se întâlnesc totdeauna toate la un caz dat. În plus unele sunt mai frecvente şi mai important (semnificative) pentru cazul dat decât altele. Pe de altă parte în realitatea clinică sindroamele pot avea diverse forme de manifestare. Descrierea unui sindrom nu poate fi exhaustivă şi nu poate surprinde chiar toate variantele. Ea se poate realiza în variante „tipice". Adică într-o formă cât mai caracteristică pentru sindromul respectiv; formă care reuneşte semnificativ aspecte ce pot fi prezente la mai multe cazuri. Deoarece nici un caz concret nu poate corespunde întru totul unei descrieri tipice, aceasta mai poate fi considerată şi ca o formă ideală. Sindroamele astfel descrise ca şi cazuri tipice ideale sunt construcții teoretice care se constituie ca şi cadre de referință pentru cazurile concrete.

Criteriile pentru diagnosticul clinic extrag din descrierea unui sindrom standard ca şi caz tipic ideal, câteva elemente esențiale sau semnificative, care dacă sunt identificate se presupune că şi celelalte au mare probabilitate de a fi prezente. La fel procedează scalele de evaluare cantitative. Faptul poate fi exemplificat la diverse sindroame, de exemplu la cel depresiv.

Sindroamele standard surprind diverse incidente ale trăirilor persoanei. De aceea nici descrierea lor nu poate fi unitară. Unele sindroame ca cel anxios, depresiv, maniacal, se referă la modificari de durată a ansamblului trăirilor persoanei astfel încât pot fi comentate din cel puțin patru perspective: al trăirilor subiective, al funcționării cognitive, al manifestarilor comportamental expresive si al modificărilor corporale, de la nivelul musculaturii striate, dar şi a organelor interne fapt exprimat prin simptome neurovegetative. Alte sindroame ca cel fobic sau al deficienței autocontrolului pulsional se manifestă doar in anuminte împrejurări în afara cărora subiectul e practic asimptomatic. La fel denivelarea vigilității conştiente – care are ca referință oscilațiile dintre somn şi veghe – are alți parametrii de descriere decât trăirile delirante care se referă la convingeri de durată a persoanei. Această varietate a abordărilor in cadrul sindroamelor standard capătă un nivel de similitudine si uniformitate odată cu referința la simptomele psihopatologice.

Semiologia psihopatologică ar trebui să fie neutră față de etiopatogenie. În unele cazuri se fac totuşi trimiteri, directe sau indirecte, la factori psihogeni sau organici deoarece sindromologia e mai apropiată de clinică decât psihopatologia simptomelor.

Sindroamele standard sunt cele ce stau la baza episoadelor psihopatologice. Totuşi doar rareori episodul se reduce la un sindrom standard. Deseori se combină mai multe sindroame sau elemente ale

acestora. De aceea in clinica psihiatrică este necesar întotdeauna, o dată cu circumscrierea si diagnosticarea cazului să se întocmească o linie de simptome care să fie urmărită diacron.

Sindromul de anxietate generalizată

Anxietatea e trăită frecvent în normalitate ca sentiment al unui pericol neprecizat (ca temă, timp şi loc) şi se manifestă prin hipervigilență, investigare, tensiune de, aşteptare, nelinişte. Sub această formă ea e prezentă şi la animale. Poate fi condiționată de informații insuficiente sau greu de sintetizat, de lipsa de repere, de conştiința incapacității de-a face față unor solicitări intense şi periculoase, de a controla situațiile. Are multiple corelații somatice condiționate de alerta generală în care se află organismul.

În cadrul unei anxietății generalizate înțelese ca sindrom psihopatologic standard se întâlnesc următoarele grupaje de simptome:

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăieşte

- sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp şi spațiu şi preocuparea de a nu apărea un pericol necontrolabil;
- îngrijorare excesivă privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiați sufleteşte, cu imaginarea unor eventualități nefavorabile şi, eventual, cu sentimentul unei catastrofe iminente sau a morții sale iminente;
- sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare;

- reținere față de necunoscut, de persoane necunoscute, de situații problematice;
- atenție exagerată acordată funcționării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncții fatale.

Din punct de vedere cognitiv pacientul trăieşte:

- atenția este:

- hipermobilă, dispersată, cu dificultăți de concentrare şi persistență;
- hiperatenție față de stimuli externi şi interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente periculoase.

- percepția

- percepții corporale neplăcute, cenestopatii.

- memoria şi imaginația pot fi crescute pentru anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol;
- cursul gândirii este segmentat din cauza dificultății de persistență;
- deşi subiectul este hipervigil, randamentul intelectual este de obicei scăzut, din cauza dificultăților de concentrare şi persistență.

În perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform deschis spre un viitor problematic şi periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e controlat în perspectiva desfăşurării activităților fireşti şi a celor performante.

În raport cu sine, subiectul se simte nesigur, vulnerabil şi neajutorat, cu nevoie de protecție din partea unor persoane puternice, nevoie de contact social. Pe alții îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul şi persoane necunoscute, posibil periculoase.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv, se constată:

- nelinişte psihomotorie - subiectul nu poate sta într-un loc, îşi frământă mâinile, îşi roade unghiile;
- tensiune musculară (tonus muscular crescut);
- postură încordată, cu reacție de tresărire la zgomot;
- iritare;
- voce tremurată şi precipitată;
- hiperreactivitate la stimuli;
- imposibilitate de relaxare;
- nevoie de contact social (dificultate de a sta singur, mai ales seara şi noaptea), nevoie de protecție;
- expresia mimicii este de investigare tensionată, cu mişcări permanente ale ochilor, care exprimă frică;
- fruntea încrețită după modelul mirării, uneori încruntare;
- fața poate exprima îngrijorare.

Din punct de vedere bio-corporal, vegetativ:

- dissomie, cu adormire dificilă (din cauza dificultății de relaxare, a nesuportării întunericului, a fricii de coşmaruri);
- tulburări de bioritm cu rău vesperal;
- tonus muscular crescut cu dureri, tresăriri şi tremor mai ales al mâinilor;

- ritm cardiac crescut, uneori cu creşterea TA;
- tahipnee;
- tranzit intestinal accelerat, scaune moi şi frecvente, balonări, borborisme, regurgitații, eructații, uneori greață şi dureri abdominale;
- polakiurie;
- ejaculare precoce, frigiditate, amenoree, pierderea libidoului;
- transpirații (mai ales în palme şi axile);
- dermografism crescut, piloerecție, parestezii (senzații de arsură, furnicături, roşeață);
- la nivelul extremității cefalice uscarea gurii, încețoşarea vederii, roşeață şi paloare a feței;
- amețeli.

Anxietatea generalizată se asociază şi se însoțeşte cu diverse boli somatice. Ea se asociază frecvent cu atacurile de panică (împreună cu acestea şi cu fobiile formează complexul clinic al tulburărilor anxioase) şi cu depresia (în cadrul stărilor anxios-depresive).

Anxietatea poate fi şi de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în delirul paranoid, schizofrenie şi în diverse tulburări organice generale şi cerebrale.

Scala Hamilton de evaluare a anxietății generalizate

GHID DE INTERVIU STRUCTURAT PENTRU SCALA DE ANXIETATE HAMILTON

INIȚIALE PACIENT_____ ORA ÎNCEPERII HAM-A ___
OPERATOR INTERVIU_____DATA_____

SLAB	Se manifestă neregulat şi pentru perioade scurte
MODERAT	Se manifestă relativ constant şi durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față
SEVER	Se manifestă continuu şi domină viața pacientului
FOARTE SEVER	Se manifestă ca un handicap

PREZENTARE GENERALĂ: Aş vrea să vă pun câteva întrebări despre ultima săptămână. Cum v-ați simțit de (ZIUA DIN SĂPTĂMÂNĂ) încoace? DACĂ ESTE AMBULATORIU: Ați muncit? DACĂ NU: De ce (nu)?

În ultima săptămână, cât de îngrijorat ați fost?

Cât de mult v-ați gândit la tot ce poate fi mai rău sau v-ați temut de ceea ce vă aşteaptă?

În această ultimă săptămână, ați fost mai irascibil decât de obicei?

1.STARE ANXIOASĂ (îngrijorare, aşteptarea a tot e poate fi mai rău, teamă de ceea de urmează, irascibilitate):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

DACĂ PUNCTAJUL LA ÎNTREBAREA DE MAI SUS ESTE ÎNTRE 1-4, ÎNTREBAȚI: De când vă simțiți aşa?

În ultima săptămână, cât timp v-ați simțit obosit ?

În ce măsură v-au deranjat oricare dintre următoarele: tresăriți uşor, plângeți uşor, tremurați, aveți o stare de nelinişte, nu vă puteți relaxa?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat această stare în ultima săptămână?

2.TENSIUNE (senzație de tensiune, obosește ușor, reacție de tresărire, îi dau lacrimile uşor, tremurături, senzație de nelinişte, incapacitatea de a se relaxa):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În această ultimă săptămână, v-a fost teamă de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic, sau de aglomerație? DACĂ DA: Cât de intens?

Vă mai este teamă şi de altceva anume?

3.TEAMĂ (de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic sau de aglomerație):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

OBSERVAȚIE: INCLUDEȚI ORICE ANXIETATE IRAȚIONALĂ LA OBIECTE SAU SITUAȚII.

SLAB	Se manifestă neregulat şi pentru perioade scurte
MODERAT	Se manifestă relativ constant şi durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față
SEVER	Se manifestă continuu şi domină viața pacientului
FOARTE SEVER	Se manifestă ca un handicap

Acum să vorbim despre somnul dumneavoastră. Înainte să apară toate acestea, care erau orele obişnuite la care mergeați la culcare şi vă trezeați?

Când ați adormit şi când v-ați trezit în ultima săptămână?

În ultima săptămână, ați avut somn intermitent sau neodihnitor şi v-ați trezit obosit? Dar vise neplăcute sau coşmaruri ați avut?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? Cât de des s-a întâmplat în ultima săptămână?

4.INSOMNIE (adoarme cu dificultate, somn intermitent, somn neodihnitor şi oboseală la trezire, vise, coşmaruri, spaime nocturne):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În ultima săptămână, v-a fost greu să vă concentrați sau să vă amintiți ceva? (Cât de greu?)

5.INTELECTUAL(dificultăți de concentrare, memorie slabă):

1. absent
2. slab
3. moderat
4. sever
5. foarte sever

În această ultimă săptămână, v-ați simțit mai bine sau mai rău într-o anumită parte a zilei – dimineața sau seara?

DACĂ EXISTĂ O DIFERENȚĂ: În ce măsură vă simțiți mai rău (DIMINEAȚA SAU SEARA)?
DACĂ NU ESTE SIGUR: Puțin mai rău sau mult mai rău?

6.STARE DEPRESIVĂ (pierderea interesului, lipsa plăcerii în exercitarea hobby-urilor, depresie, trezire devreme, oscilații diurne):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În ultima săptămână, ați resimțit spasme musculare, blocaje musculare sau tresăriri subite ale muşchilor?

Dar scrâşnete din dinți, voce tremurată sau muşchi încordați?

DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? (cât de mult v-a deranjat?)

7.SOMATIC (MUSCULAR) (dureri, spasme, blocaje, tresăriri mioclonice, scrâşnete din dinți, voce tremurată, tonus muscular crescut):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

SLAB	Se manifestă neregulat şi pentru perioade scurte
MODERAT	Se manifestă relativ constant şi durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față
SEVER	Se manifestă continuu şi domină viața pacientului
FOARTE SEVER	Se manifestă ca un handicap

În ultima săptămână, ați avut țiuituri în urechi, vedere încețoşată, senzații de cald şi de frig, senzație de slăbiciune sau de înțepături?

DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru?
(Cât de mult v-a deranjat?)

8.SOMATIC (SENZORIAL) (tinnitus, vedere încețoşată, senzații de cald şi de frig, senzație de slăbiciune, înțepături):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În ultima săptămână, ați avut bătăi neregulate ale inimii sau palpitații? Ați avut dureri în piept, vase de sânge palpitând sau senzații de leşin?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

9.SIMPTOME CARDIOVASCULARE (tahicardie, palpitații, dureri în piept, vase de sânge palpitând, senzații de leşin):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În ultima săptămână, ați simțit apăsare sau greutate în piept sau senzații de sufocare? Dar lipsă de aer?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

10.SIMPTOME RESPIRATORII (apăsare sau greutate în piept, senzații de sufocare, oftat, dispnee):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În ultima săptămână, v-a fost greu să înghițiți? Ați avut dureri de stomac sau balonare, greață, vomă, arsuri sau borborisme în stomac sau constipație?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

11.SIMPTOME GASTROINTESTINALE (dificultăți la înghițire, gaze dureri abdominale, senzații de arsură, balonări, greață, vomă, borborisme, diaree, pierdere în greutate, constipație):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

SLAB	Se manifestă neregulat şi pentru perioade scurte
MODERAT	Se manifestă relativ constant şi durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față
SEVER	Se manifestă continuu şi domină viața pacientului
FOARTE SEVER	Se manifestă ca un handicap

PENTRU FEMEI: Când sunt nervoase sau anxioase unele femei nu mai pot avea orgasm, deşi au avut în trecut. Vi s-a întâmplat aşa ceva de când aţi început să vă simţiţi rău? DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? (Când a început?)
Aţi avut ciclu menstrual în ultima lună? DACĂ NU: Ştiţi cumva de ce? DACĂ DA: Hemoragia a fost mai puternică decât de obicei?
În ultima săptămână a trebuit să urinaţi mai des? Aţi simţit nevoia imperioasă să faceţi acest lucru?

PENTRU BĂRBAŢI: Când sunt nervoşi sau anxioşi, unii bărbaţi încep să aibă probleme cu ejacularea precoce sau le este greu să menţină o erecţie. Vi s-a întâmplat aşa ceva de când aţi început să vă simţiţi rău? DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? (Când a început?)
În ultima săptămână a trebuit să urinaţi mai des? Aţi simţit nevoia imperioasă să faceţi acest lucru?

12.SIMPTOME UROGENITALE (polakiurie, micţiuni imperioase, amenoree, menoragie, frigiditate, ejaculare precoce, pierderea libidoului, impotenţă):
- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

În ultima săptămână, vi s-a întâmplat să roşiţi sau să păliţi? Aţi avut senzaţia de ameţeală sau aţi avut dureri de cap datorate încordării sau aţi simţit că vi se ridică părul pe braţe, pe ceafă sau pe cap?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

13.SIMPTOME VEGETATIVE (uscăciunea gurii, congestie, paloare, tendinţa de a transpira, vertij, cefalee datorată tensiunii musculare, piloerecţie):
- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

PUNCTAJ BAZAT PE OBSERVAŢIILE DIN TIMPUL INTERVIULUI

14.COMPORTAMENTUL LA INTERVIU (postură încordată, neastâmpăr, nelinişte, tremurături ale mâinilor, încruntare, facies încordat, oftat, polipnee, paloarea feţei, înghiţire în sec, eructaţie, ROT vii, pupile dilatate, exoftalmie):
- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

ORA ÎNCHEIERII HAM-A _____
PUNCTAJ TOTAL _____ _____

Sindromul atacului de panică

În normalitate echivalentul ar fi spaima intensă. Este o tulburare paroxistică şi delimitată în timp care e însoțită de sentimentul morții iminente sau alte trăiri neplăcute precum şi de intense fenomene neurovegetative. Trăirea poate apărea în anumite circumstanțe în cazul fobiei sau fără factori declanşatori şi induce o anxietate de aşteptare privitoare la apariția unui nou atac.

În cursul atacului, care poate dura câteva minute, rareori peste o oră, simptomele sunt:

Din punct de vedere subiectiv:

- sentimentul foarte neplăcut a ceva rău care urmează să se producă iminent, trăirea cea mai frecventă fiind cea a sentimentului de moarte iminentă, de dispariție;
- frica de a-şi pierde autocontrolul, de a înnebuni;
- senzația de prăbuşire, de cădere în gol;
- trăire de depersonalizare şi de derealizare;
- senzația de plutire;
- senzația de sufocare, lipsa de aer; sau senzația că inima i se opreşte dintr-un moment în altul, motiv pentru care stă continuu cu mâna pe puls;
- durerei în diverse zone corporale, predominant abdominal.

Subiectul e în stare de alertă psihică, hipervigil, atent la funcționarea propriului corp, nu se poate debarasa de fixarea sa pe evenimentul neplăcut

pe care îl trăieşte foarte intens pentru a percepe normal şi a gândi raţional; imaginează eventualităţi negative grave ale evoluţiei stării sale.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv:

- solicită ajutor solicită continuu şi insistent, prezența altora (pe care îi poate ține de mână), intervenția cadrelor medicale (transportul la spital);
- poate fi siderat, neclintit sau agitat;
- este tensionat, preocupat de funcționarea propriului corp, îşi verifică pulsul, aspectul în oglindă;
- faciesul exprimă frică, spaimă, teroare.

Corporal biologic şi neurovegetativ se constată:

- tahicardie paroxistică, cu posibile tulburări de ritm şi creşterea tensiunii arteriale;
- hiperpnee; uneori senzația că e nevoie de un efort pentru a respira;
- tranzit intestinal accelerat, balonări, eructații, dureri abdominale (uneori în bară care conduc la suspectarea unei pancreatite);
- polachiurie, poliurie;
- transpirații profuze mai ales în palme şi axile;
- paloare marcată;
- cefalee (uneori migrenoasă);
- vertij;
- începtoşarea privirii;
- uscăciunea gurii;
- dificultate de deglutiție;
- roşeață sau paloare a feței;
- dermografism accentuat;

- piloerecție;
- ROT vii.

Atacul de panică poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine şi neurologice. El poate apărea fără alte simptome psihopatologice, în contextul anxietății generalizate (mai ales seara şi noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineața) şi în cadrul altor tulburări psihice (schizofrenie, tulburare bipolară, etc). Ridică probleme importante de diagnostic diferențial cu suferințe somatice.

După apariția unuia sau mai multor atacuri de panică subiectul trăieşte o anxietate de aşteptare; dacă apar circumstanțe asemănătoare cu cele în care s-a produs precedentul atac de panică el devine încordat, deosebit de atent mai ales la funcționarea propriului corp, îşi analizează toate senzațiile corporale ca posibili indici ai apariției atacului, fapt care favorizează în cele din urmă reapariția atacului.

Sindromul fobic

Fobia este replica în psihopatologie a trăirii fricii care este un fenomen uman normal, foarte răspândit şi variat. În normalitate majoritatea fricilor se învață în cursul personogenezei. Frica se bazează în mare măsură pe cunoaştere, reprezentare, imaginație. Ea este centrată de teme fobogene – obiecte, ființe, situații – care sunt cunoscute de subiect, sunt evitate sau confruntate, după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Apropierea de situația fobogenă este însoțită de o anxietate de aşteptare, iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv şi e însoțită de fenomene neurovegetative. Sindromul fobic nu poate fi comentat după acelaşi model ca cel depresiv sau ca anxietatea generalizată, fiind o tulburare ce se derulează în timp după schema:

Cunoaşterea de către pacient a fenomenului fobic	Anxietate anticipatorie în apropierea contactului cu situația fobogenă	Conduită de evitare – asigurare	Atac de panică (sau echivalentul la contactul cu obiectul fobogen)

Sindromul fobic este comentat în raport cu tipul fobiei.
Pricipalele forme de fobie sunt:

Fobia socială

Fobia socială constă în teama subiectului de a se manifesta în fața unui grup relativ mic de oameni, a unui public puțin cunoscut, care l-ar putea evalua şi aprecia negativ, critica. Pe măsură ce se mainifestă

comportamentul apare o stare emotivă tot mai pronunțată cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii , roşeața feței, transpirații, tremurături, greață, nevoia de a urina. Desfăşurarea comportamentului respectiv e perturbată, blocată, subiectul renunță. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietatea anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roşi în public (ereutofobia) şi de a atrage astfel atenția asupra sa.

Situații fobogene sunt:

- a vorbi în fața unui auditoriu,
- a prezenta un examen oral,
- a se prezenta într-un spectacol,
- a conversa cu o persoană necunoscută,
- a mânca în public,
- scrie sau a face orice acțiune sub privirile altora,
- a vorbi de la telefoane publice,
- a utiliza WC-ul public (cu inhibiția micțiunii), etc.

Subiectul cu fobie socială are o asertivitate redusă.

Agorafobia

Constă în teama subiectului de a se deplasa şi manifesta în afara spațiilor familiare şi protejate, mai ales de a fi prezent şi a acționa în aglomerațiile umane.

- forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spații nepopulate;

- mai anxiogene sunt zonele populate, magazinele aglomerate, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, deplasarea departe de locurile familiare cu trenul, avionul (deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme)
- este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la reuniuni unde este multă lume, etc.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neașteptată de către subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa față de spațiile publice, cu manifestări ce necesită o intervenție medicală de urgență. După astfel de experiență, subiectul evită situațiile fobogene (departe de spațiul protector, în zone aglomerate, închise, cu ieşire dificilă din ele). Parcurgerea unor astfel de situații poate fi uneori posibilă împreună cu o persoană de încredere (conduită de asigurare).

Agorafobia are o bază în etologie, animalele prezentând o anxietate crescută pe măsură ce se îndepărtează de cuib şi de ansamblul familiei. De asemenea, în ontogeneză anxietatea de separare față de mama protectoare e un model precursor pentru agorafobie. Un model developmental se regăseşte şi în fobia de şcoală. În derularea agorafobiei pot juca un rol şi unele fobii speciale cum ar fi cele de spații largi sau de spații închise.

Fobiile speciale

Acestea se referă la fobii față de diverse ființe şi situații. Se menționează:

- fobia de animale (câini, cai, şerpi);
- fobii spațiale (de înălțime, spații largi, spații înguste = claustrofobie);

- fobii de elemente naturale (apă, foc, tunete, fulgere);
- fobie de sânge, medic şi medicamente, boli, etc.

Fobiile speciale sunt răspândite în populația generală. Ele câştigă statut patologic doar dacă au o intensitate crescută, se întâlnesc şi se agregă mai multe la aceeaşi persoană.

Fobiile sunt stări corelate cu atacul de panică şi pot fi relaționate cu anxietatea generalizată. O formă specială o reprezintă fobiile anankaste, care sunt corelate cu fenomene obsesiv – compulsive; de exemplu fobia de obiecte ascuțite (pentru a nu fi folosite împotriva altora), fobia de microbi şi murdărie (care instituie compulsia spălării pe mâini), etc.

Sindromul somatoform, al trăirii distorsionate a corporalității

În mod normal omul nu-şi resimte conştient corporalitatea în cea mai mare parte a timpului. Percepția propriului corp şi efectuarea actelor simple, obişnuite este în afara atenției reflexive, într-un plan preconştient. În cazul oboselii, a emoțiilor, după un efort mai mare, în cazul unei boli somatice, corpul poate fi resimțit neplăcut; iar când subiectul e privit insistent de altul el se preocupă de felul în care corporalitatea sa se exprimă în raport cu alții.

Propria corporalitate este percepută (preconştient) prin limitele sale care despart spațiul lumii exterioare de interioritatea propriului corp (ce include şi intimitatea propriului psihism). Atenția exagerată acordată de subiect propriei corporalități poate face ca spontaneitatea percepției acestuia să se reducă şi autopercepția corporală să devină conştientă.

Trăirea propriei corporalități este modificată patologic în sindromul anxios şi în cel depresiv; în manie, corpul poate fi resimțit "uşor ", "plăcut"; convingerile delirante poate avea şi o tematică ce vizează propriul corp.

În contextul cumulării unor stresuri psihosociale negative se poate manifesta un sindrom „somatoform" care se caracterizează (în afara depresiei şi anxietății) prin următoarea simptomatologie:

- trăirea unor senzații corporale neplăcute (cenestopatii) localizate în anumite zone (precordial, epigastric, toracic, lombar, în membre); aceste cenestopatii pot fi resimțite constant doar în aceaşi zonă, migratorii, globale; ele sunt resimțite şi descrise variabil ca arsură, apăsare, furnicături, etc şi deranjează subiectul. Nu au un substrat organic, cel puțin investigațiile nu identifică o suferință organică precizabilă.

- algia psihogenă se referă la o durere localizată (abdominal, lombar, toracic) care are toate caracteristicile durerii dar nu are un substrat organic; durerea ca simptom subiectiv nu poate fi evaluată cantitativ de către examinator.
- preocuparea hipocondriacă constă într-o preocupare prevalentă, centrată de o idee supraevaluată, privitor la existența unei bolii, fapt ce motivează variate şi repetate examinări, analize, documentări medicale, încercări terapeutice. Totul se desfăsoară în absența unei boli reale. De menționat că preocupări hipocondriace se întâlnesc şi în anxietate, fobie, depresie, obsesionalitate precum şi în tulburarea delirantă.
- preocuparea dismorfofobă se referă la impresia subiectului că aspectul său corporal – în primul rând cel al feței – nu este armonic (firesc, echilibrat, frumos), că se modifică nefavorabil; şi că acest fapt poate atrage atenția altora şi comentariile lor negative. În consecință îşi studiază mult aspectul, practică un comportament exagerat de îngrijire sau modificare corporală prin diverse metode, inclusiv prin solicitări cosmetice şi de chirurgie estetică.
- sentimentul transformării identității corporale, a limitelor şi aspectului, prin iluzii de schemă corporală şi sentimente de devitalizare; trăirea face parte din sindromul de depersonalizare.
- simptome, condiționate psihogen, de reducere a capacității senzitiv-senzoriale condiționate psihogen; este vorba de hipoacuzie, deficit de vedere, hipoestezie şi anestezie, toate fără un determinism neuropatologic. Aceste simptome se corelează în cadrul fenomenelor

conversive cu impotențe funcționale motorii (pareze, parestezii) sau cu mişcări involuntare şi crize de leşin psihogen similare epilepsiei.

Sindromul obsesiv-compulsiv

În normalitate după evenimente deosebite, mai ales neplăcute, pot apărea reamintiri pe care subiectul nu le doreşte dar pe care nu le poate îndepărta. La fel sunt mustrările de conştiință.

Trăirile obsesiv-compulsive sunt resimțite ca impunându-se subiectului fără dorința, voința şi acceptul său şi nu pot fi îndepărtate sau oprite cu toate eforturile sale. Sunt trăiri scurte, repetitive (recurente), neplăcute (supărătoare, nepotrivite, absurde) care parazitează psihismul, persistând cu tot dezacordul şi lupta subiectului împotriva lor (încercări de ignorare, stopare, contracarare). Ele creează o pronunțată stare de disconfort, repliind subiectul asupra lui însuşi, interferând cu activitățile zilnice şi cu viața socială.

Obsesiile sunt trăiri subiective (amintiri, gânduri, ruminații, reprezentări, frici, diconfort, intenții de act) care apar spontan şi deşi sunt criticate nu pot fi îndepărtate. Aşa sunt: sentimentul de contaminare prin microbi sau murdărie, disconfortul creat de dezordine, ideea că a cauzat un rău cuiva, intenția de a agresa pe cineva, îndoiala dacă a făcut sau nu un lucru.

Compulsiile se referă la acte simple care se repetă fără voia subiectului; mare parte din compulsii sunt corelate cu obsesiile pe care încearcă să le contracareze. Aşa sunt spălatul pe mâini compulsiv, ordonarea compulsivă, verificare repetată, ritualuri "magice" pe care subiectul le efectuează pentru a contracara un eventual rău pe care l-ar fi putut sau l-ar putea face. Executarea compulsiei reduce pentru moment tensiunea şi disconfortul creeat de obsesii sau de starea de tensiune ce-l precedă. Se

comenteză şi compulsiile "ascunse" mentale de exemplu un act mental cum ar fi o rugăciune făcută pentru a contracara ideea de a blasfemia pe dumnezeu în biserică. Există şi compulsii ce au o legătură mai laxă cu obsesiile ca de exemplu număratul compulsiv (aritmomania), colecționarismul şi unele ceremonii compulsive. Compulsiile se pot corela şi cu mişcările involuntare predominant neurologice cum sunt ticurile.

Patologia obsesiv-compulsivă e strâns corelată cu nehotărârea, preocuparea față de ordine şi curățenie, perseverența in acțiune (încăpățânarea), perfecționismul şi conştiinciozitatea (acestea fiind şi trăsături de personalitate).

Obsesiile si compulsiile creează o stare de nemulțumire de sine, vinovăție, anxietate, ruşine, nehotărâre. De aceea subiectul evită să le comunice altcuiva şi simptomatologia e depistată cu greutate.

Simptomatologia obsesiv-compulsivă se desfăşoară într-o stare de luciditate şi tendință la autoanaliză, autocontrol exagerat. Obsesiile patologice nu sunt doar simple îngrijorări legate de problemele vieții. Atât obsesiile cât si compulsiile sunt resimțite ca produsul propriei minți şi nu impuse din afară ca în inserția gândirii.

Simptomatologia obsesiv-compulsivă poate include unele fobii speciale (fobiile anankaste) cum ar fi: fobia de obiecte ascuțite, pentru a nu le folosi împotriva altora sau a sa. Sunt aspecte de obsesionalitate care prezintă unele caracteristici fobice, cum ar fi cazul obsesiei de contaminare cu microbi, fobia de locurile murdare, care sunt evitate şi împotriva cărora se iau măsuri de asigurare. Dar în esență patologia obsesiv – compulsivă care repliază subiectul pe sine e distinctă de cea fobică care orientează subiectul spre exterior.

Poate exista comorbiditate între simptomatologia obsesiv – compulsivă şi cea depresivă, anxioasă (anxietate generalizată, atacuri de panică, fobie socială), precum şi cu simptomatologia schizofrenă. Mai frecvent se discută în prezent despre „spectrul tulburărilor obsesiv – compulsive" care se întinde în trei direcții: de la nehotărârea obsesivă spre certitudinea delirantă; de la compulsie spre comportament impulsiv; de la trăire obsesiv – compulsivă spre mişcări involuntare neurologice.

Sindromul stărilor conversive şi disociative

În normalitate emoțiile sunt trăite de orice om din mai multe perspective: subiectiv e resimțită o stare deosebită în corelație cu evenimentul declanşator; în acelaşi timp se petrece o modificare a câmpului de conştiință, care e hipervigil, în stare de alertă, pentru domeniul problematizat, dar şi mult îngustat, astfel încât mare parte din realitatea prezentă nu mai e luată în considerare; corporalitatea reacționează şi ea intens: musculatura striată se modifică pentru a face față evenimentului, iar sistemul nervos vegetativ şi organele interne sunt mobilizate pentru randament maxim. Ansamblul trăirilor şi manifestărilor este receptat de anturaj, care este impresionat.

În unele stări psihopatologice se produce o disociere a acestei complexe stări. Unele trăiri nefavorabile, preconştiente sau inconştiente, sunt convertite în manifestări corporale şi expresiv comportamentale, fără a se menține trăirea subiectivă. Ele impresionează mult anturajul. Astfel de manifestări disociativ-conversive se dezvoltă predominant la persoanele cu o imaginație bogată, capabile de reprezentări pregnante, de reproduceri şi relatări detaliate şi colorate a evenimentelor. În general manifestările conversiv-disociative au impact deosebit asupra celor din jur.

Sindroamele conversiv-disociative pot fi împărțite în mai multe clase:

- Leşinul psihogen: în urma unor evenimente stresante minore, subiectul anunță că se simte rău, că-şi va pierde cunoştința, că va leşina; apoi el cade fără să se lovească, uneori are lacrimi în ochi, suspină, eventual fenomene motorii de tip convulsiv; leşinul se petrece în public, atrăgând atenția. Lipsesc fenomenele neurologice şi

corporale ca în criza epileptică majoră: muşcarea limbii, spume la gură, midriază. Pot apărea: încordare cu opistotonus, Babinski pozitiv, clonus pasager; după mai multe minute sau ore, îşi revine cu suspin şi plâns.

- Stări de agitație şi comportament pseudoneurologic disociativ; după stresuri minore apare o stare de agitație psihomotorie hiperexpresivă sau o stare însoțită de mişcări involuntare de tip coreic, atetozic sau alte mişcări bizare; vigilitatea conştientă e diminuată.
- Conversia corporală cu paralizii: apar pareze sau paralizii ale membrelor superioare sau inferioare, uneori mimând o hemipareză sau astazo-abazie; mai poate apărea afazie, care să dureze mai multe zile sau săptămâni.

Anestezii psihogene- acestea nu respectă inervația neurologică: tipică este anestezia în mănuşă, hipoacuzia sau surditatea psihogenă, pierderea vederii afirmată de pacient.

- Alte fenomene conversive pot fi: pseudosarcini, vărsături, pseudocrize în astmul bronşic; există o tranziție spre fenomenele psiho-somatice.
- Stări crepusculare: constau din deplasarea pacientului cu un nivel de vigilitate conştientă redusă; reactivitatea față de stimuli e redusă, nu recunoaşte unele persoane, dar în general se orientează spațial; durata e de câteva ore, cu amnezia episodului.
- Stări de transă: subiectul se comportă ciudat, vigilitatea e scazută, ca în somnambulism, nu recunoaşte persoanele din jur, manifestările pot

fi puerile, comportamentul se raportează la stări imaginare sau onirice; după revenire poate relata halucinații vizuale de tip oniric.

- Fuga patologică constă într-o stare crepusculară cu durată mai lungă, în care subiectul se deplasează în diverse localități, ia legătura cu diverse persoane, dar păstrează stare de vigilitate redusă; scopul drumurilor si vizitelor nu e clar, deşi uneori se poate descifra o semnificație afectivă.
- Amneziile elective: se referă la faptul că subiectul nu îşi aminteşte dintr-un eveniment trăit, decât unele aspecte, nu şi altele (cu semnificație nefavorabilă).

De fenomenele disociative de conştiință au fost corelate şi următoarele tulburări:

- Dubla personalitate: subiectul trăieşte un timp într-un loc, cu o anumită identitate; apoi, o perioadă de timp în alt loc, cu altă identitate, alte relații, alt comportament; ritmul şi modalitatea schimbării acestor personalități este variat.
- Sindromul Ganser: apare la deținuți în perioada de detenție şi constă dintr-un comportament pseudodemențial, pueril, cu răspunsuri "alăturea" şi aparentă pierdere a celor mai elementare cunoştințe şi comportament absurd.
- Deliruri transculturale cu stări de transă

Fenomenele conversive sunt descrise şi la nivelul sindromului somatoform, iar cele disociative de conştiință şi la nivelul deficitului vigilității conştiente.

Sindromul insuficienței autocontrolului instinctivo-pulsional. Comportamentul impulsiv

Comportamentul uman normal presupune deliberare şi argumentare astfel încât deciziile se iau în funcție de amploarea şi semnificația problemei în cauză, mai repede sau mai lent, implicând libertatea şi responsabilitatea persoanei.

Situațiile normale, în care decizia este dificilă şi mult deliberată şi cea în care ea este luată rapid, fără multe analize, se prelungesc în psihopatologie , în hiperdeliberarea şi indecizia obsesivă şi in scurtcircuitarea motivațională din comportamentul impulsiv.

Sindromul psihopatologic al impulsivității se caracterizeaza prin:

- decizia rapidă, cu trecere la act fără suficientă deliberare care să evalueze consecințele actelor pentru sine şi pentru altul; sau cu imposibilitatea subiectului de a se opune pulsiunii ce o resimte;
- decizia e luată în urma unei tensiuni, a unei pulsiuni interne, cu minime solicitări externe; ambianța furnizează de obicei doar ocazia desfăşurării actului; în anumite împrejurări, subiectul ce se află sub tensiune impulsivă poate să influențeze el însuşi împrejurările în raport cu care, ulterior, se poate descărca;
- pulsiunea spre act e resimțită ca irezistibilă; ea e însoțită de o stare de tensiune, încordare , uneori nelinişte, anxietate; de multe ori subiectul îşi dă seama că actul pe care tinde să-l întreprindă, nu e recomandabil sau e nociv, dar lupta cu sine însuşi, durează puțin, după care se angrenează în comportament:

- în timpul comportamentului impulsiv subiectul e complet absorbit de acesta, nu mai reacționează la stimuli sau argumente exterioare care l-ar putea opri; el se află într-o stare de tensiune, de excitație
- actul impulsiv are o finalitate hedonică; desfăşurarea lui şi mai ales rezultatul produc satisfacție de moment subiectului, îl detensionează, uneori îi produc plăcere.
- după ce comportamentul sau ciclul comportamental impulsiv s-a încheiat, subiectul realizează aspectul nefavorabil, de nedorit sau nociv al comportamentului său şi trăieşte sentimente de: nemulțumire, vinovăție, ruşine, dezaprobare. El proiectează în viitor renunțarea la un astfel de comportament.
- după o perioadă de timp, ciclul se reia.

Patologia autocontrolului impulsurilor constă din trăiri secvențiale, relativ scurte ca durată, care se repetă la anumite intervale de timp. În acest sens ea se aseamănă până la un punct cu tulburarea obsesiv-compulsivă şi cu atacurile de panică. Pe de altă parte, ea are o intersecție semnificativă, cu unele forme ale sindromului addictiv - exemplul clasic este cel al jocului patologic de noroc.

Caracterizarea de mai sus se aplică, în mare parte tuturor comportamentelor impulsive, cu particularități de la caz la caz. Caracteristica generală este cea de pierdere a autocontrolului asupra comportamentului şi a libertății de acțiune.

Comportamentele impulsive sunt foarte variate. Ele pot fi împărțite în mai multe clase, în funcție de diverse criterii, cum ar fi: complexitatea, obiectul de raportare (la sine, la alte persoane, la lumea fizică), dorința desfăşurării, etc.

Câteva clase clasice sunt:

- comportamentul impulsiv simplu al tricotilomaniei (smulgerea firelor de păr) intră în aceeaşi clasă din care face parte zdrobirea coşurilor, gratajul patologic, roaderea unghiilor. Bulimia se referă la consumul irezistibil al unei mari cantități de alimente în interval scurt de timp. Masturbarea patologică se apropie de această clasă, fenomenul fiind diferit, în parte impulsiv în parte compulsiv în sensul declanşării printr-o tensiune obsesivă şi în urma unei perioade de luptă interioară. Alte comportamente sexuale aberante se pot desfăşura după acelaşi model;
- cleptomania constă din însuşirea impulsivă a unor bunuri de care pacientul nu are nevoie şi nu le utilizează;
- piromania se refera la incendierea impulsivă lipsită de un obiectiv pragmatic;
- dipsomania defineşte consumul periodic impulsiv de băuturi alcoolizate, care odată declanşat (uneori după o scurtă luptă interioară) durează câteva zile, urmat de o perioadă de abstinență;
- jocul impulsiv de noroc se desfăşoară după toate regulile unui comportament impulsiv; el poate avea aspecte variate şi se poate repeta după anumite intervale. În unele cazuri este interpretabil şi ca o addicție comportamentală. Cumpăratul impulsiv se plasează în aceeaşi subclasă. Se cere exclusă o stare hipomaniacală;
- comportamentul exploziv sau impulsivitatea heteroagresivă este de obicei declanşată de evenimente ce sunt interpretate deformat de subiect. În unele cazuri se decelează perioade de viață în care heteroagresivitatea puțin motivată este frecventă şi manifestată în

raport cu diverse persoane şi în variate circumstanțe. În aceste cazuri se cere exclusă o perioadă de interpretare paranoidă subclinică.

Comportamentul interpersonal impulsiv cu diverse modele de raportare se întâlneşte la persoanele disarmonice de tip borderline (cu treceri frecvente de la heteroagresivitate la submisiune şi autoagresivitate).

Comportamentul heterosexual impulsiv de tip viol e mai frecvent la persoane disarmonice de tip antisocial (psihopate).

Comportamentul parasuicidar sau suicidar impulsiv, la fel ca heteroagresivitatea impulsivă, este declanşată de evenimente minime la persoane disarmonoice sau/şi care se află într-o perioadă de viață specială.

Sindromul de dependență, addicție

Viața şi sănătatea omului depinde de multe aporturi exterioare şi comportamente proprii fără de care nu ar fii posibilă. Astfel e aportul de alimente şi medicamente sau comportamentul de autoîngrijire şi muncă.

În stări psihopatologice subiectul ajunge să depindă de unele aporturi de substanțe şi modele comportamentale care nu sunt adaptative şi sanogenetice ci nocive pe termen scurt şi/sau lung. Dependența nu poate fi controlată şi combătută fără sprijin. Se ajunge astfel la sindromul de dependență şi addicție.

Addicția ca stare (sindrom) psihopatologic e comentată în primul rând în legătură cu consumul de alcool şi alte substanțe psihoactive mai mult sau mai puțin licite. Aceasta se caracterizează prin:

- consum continuu care tinde să devină zilnic, în cantități nocive;
- consum neadecvat – ca loc, moment, stil – subiectul pierzând autocontrolul consumului atât în ceea ce priveşte cantitățile cât şi stilul;
- tendința la creştere a dozelor, prin scăderea toleranței, cu nevoia unei doze mai mari pentru a obține acelaş efect;
- consumul este nociv pe termen scurt şi/sau lung prin efectele biologice şi/sau prin cele psihice şi sociale;
- consumul răspunde unei nevoi psihologice – tensiune, anxietate, iritare, depresie – putându-se ajunge la „nevoie irezistibilă de consum imediat" şi în cantități patologice;
- consumul modifică starea biologică şi psihică, reducând starea neplăcută inițială, conducând de obicei la satisfacție şi plăcere de

moment; dar în absența substanței starea subiectivă de rău reapare, accentuat;

- starea psihică modificată prin consum nu e adaptativă; apar modificări ale funcțiilor psihice – cognitive, instinctive, afective, comportamentale – perturbări în comportamentul interpersonal care sunt dezadaptative. De obicei se instalează şi o detaşare de ambianță, de realitate, cu trăire într-o lume proprie;
- în cursul consumului pot apărea stări psihopatologice descrise în sindroamele standard: delirium, anxietate, delir, halucinații, etc;
- oprirea consumului induce o stare de sevraj caracterizată prin:
    - stare subiectivă neplăcută cu anxietate, depresie, iritare, tensiune, nelinişte, agitație, insomnie, nevoie irezistibilă de consum;
    - uneori pot apărea în sevraj şi tulburări psihice grave, psihotice ca: delirium, halucinații, delir, agitație;
    - stări biologice alterate cu disfuncții cardio-circulatorii, respiratorii, deshidratare, tremur, fenomene neurologice (crize comițiale, etc).
- după starea de sevraj, dacă aceasta e depăşită, subiectul poate rămâne mult timp, cu o vulnerabilitate crescută, astfel încât se poate ajunge din nou uşor la consum şi dependență cu ocazia unor mici stresuri sau după consum incidental.

Dependența de alcool şi substanțe psihoactive poate conduce la multe complicații somatice ca urmare a modalității neadecvate de administrare (inecții în cazul drogurilor), a efectului nociv direct al substanțelor asupra organismului şi stilului de viață (subalimentație,

promiscuitate, etc). Pot coexista variate comorbidități psihopatologice atât precedând addicția cât şi ca o consecință a ei.

Addicția comportamentală este cercetată mai intens în ultima perioadă, dar este cunoscută de mult timp. În acest sens se comentează: addicția de muncă, fenomen descris inițial în Japonia; addicția de privit la TV şi mai recent de preocupare față de internet cu consecințe nefavorabile asupra dezvoltării psihice şi integrării în societate. În ultimul timp se comentează în termeni de addicție mare parte din comportamentele ce devin prea frecvente, intense şi sunt disfuncționale (ex: addicția de jogging). La acest nivel se cere analizată tranziția dinspre „pasiunile" şi „hobby-urile" obişnuite ale oamenilor şi addicție.

Un fenomen clasic este addicția de jocuri de noroc fenomen care este şi un comportament impulsiv. În acelaşi sens se comentează comportamentul cumpărăturilor psihologice. Interrelația între comportamentul impulsiv în general şi adddicția favorizată de acest comportament se cere analizată la fiecare tip de patologie şi la fiecare caz.

Un aspect psihopatologic care se corelează strâns cu problematica addicției este cel al tulburării de personalitate dependentă. Acestea persoane sunt dependente (addictive) de o persoană mai autoritară, asertivă şi puternică care decid în locul lor, le dirijează opiniile şi opțiunile. Câtă vreme subiectul se află în apropierea unei astfel de persoane el este aparent compensat. Când nu are un asfel de sprijin, se decompensează psihopatologic – anxietate, depresie, etc – la fel ca în cazul altor addicții. Addicția de substanțe şi cea comportamentală se întâlneşte frecvent la persoane cu dependență anormală.

Sindromul depresiei inhibate

Depresia patologică are ca echivalent în normalitate tristețea ce apare ca urmare a oricărei pierderi. În psihopatologie depresia se diferențiază de tristețe nu doar prin împrejurările de apariție şi prin intensitate ci şi prin unele calități ale trăirii şi manifestării.

Depresia psihopatologică e caracterizată prin dispoziție tristă, anergie, lipsă de speranță, autodepreciere, inhibiție şi bradipsihie generalizată. Neurofiziologic există un deficit în trasmisia pe căile aminergice.

Din punct de vedere subiectiv se întâlneşte:

- dispoziție depresivă, tristă, uneori cu o calitate deosebită față de tristețea normală, cu dificultate sau incapacitate de a plânge;
- lipsă de energie (astenie), sentiment de incapacitate, oboseală ce nu se corectează prin repaus;
- anhedonie (lipsa capacității de a se bucura);
- dezinteres față de ambianță, evenimente, persoane;
- reducerea intereselor;
- lipsa sensului vieții, pe care subiectul o resimte ca pe o povară;
- suferință sufletească insuportabilă;
- nelinişte, tensiune, durere morală;
- trăiri de tipul depersonalizare derealizare;
- în perspectiva timpului trăit subiectul nu mai are încredere în viitor, este pesimist, lipsit de speranță; prezentul nu-l mai interesează, e detaşat de el, de oameni şi evenimente; se repliază pe trecut din care selecționează

evenimente negative; de care se preocopă monotematric; are sentimentul scurgerii lente a timpului;

- față de sine manifestă neîncredere, autodepreciere, se simte incapabil, inutil, fără valoare, are o stimă de sine scăzută, consideră că e o povară față de alții, se consideră vinovat din motive minore sau fără motiv. Sentimentul de vină poate să-l conducă la concluzia că nu merită să mai trăiască; apar idei suicidare, planuri şi tentative de sinucidere . Pot fi prezente preocupări hipocondriace; cenestopatii, algii; idei de negație, ruină;
- de obicei nu e atent la alte persoane, nu le ia în considerare dar poate considera că acestea au dreptul să-l judece, să-l disprețuiască, să-l condamne.

Din punct de vedere cognitiv se întâlneşte:

- atenția e deficitară ca şi concentrare, persistență, mobilitate, volum;
- percepția e diminuată;
- hipomnezie de fixare şi concentrare;
- ideație redusă cantitativ, lentoare a cursului ideativ, gândire ineficientă, stereotipă cu revenirea la aceleaşi teme;
- decizie dificilă;
- rezolvarea de probleme e înceată şi ineficientă.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv:

- mişcările sunt lente şi reduse cantitativ; se poate ajunge la inhibiție motorie cu nemişcare şi opozitivitate (stupor);
- reducere globală a activității şi performanțelor;
- reducerea proiectelor de acțiune, a planurilor de viitor;

- reducere a contactelor sociale, retragere socială, comunicări interpersonal sociale reduse;
- vorbire redusă cantitativ, scurtă, lentă, cu intensitate scăzută, se poate ajunge la mutism;
- reacționează încet, tardiv şi scurt la solicitări de orice fel;
- decizie dificilă, trecere la act e lentă se realizează cu dificultate, abulie;
- reducerea şi neglijarea activităților de autoîngrijire, de gospodărire, cu neglijarea de sine, a obligațiilor familiale;
- expresivitate specifică cu repliere corporală (mers aplecat, capul în piept), privire în jos, comisurile gurii căzute, fruntea încrețită ca "omega", mâinile în piept;
- comportament suicidar.

Din punct de vedere bio-instinctiv şi corporal:

- reducerea somnului cu insomnie predominant matinală (numărul de ore cu care se trezeşte mai devreme poate fi un indicator de gravitate);
- modificare de bioritm cu rău matinal;
- inapetență cu scădere în greutate progresivă şi marcată, aceasta poate fi de asemenea un indicator de gravitate; se poate ajunge la refuz alimentar;
- spasme pe organele cavitare: constipație, crize biliare, favorizarea migrenelor şi crizelor de astm bronşic;
- cenestopatii, algii (scăderea pragului de sensibilitate la durere, durerea subclinică devine clinică);
- scăderea imunității;
- scăderea ritmului de refacere biologică.

În unele forme particulare de depresie insomnia e înlocuită de hipersomnie, iar inapetența de hiperfagie cu îngrăşare.

Simptomatologia depresivă poate fi modificată de comorbiditate. Asocierea cea mai frecventă este cu anxietatea. În depresia anxioasă tabloul e parțial diferit de cel configurat mai sus atât din punct de vedere subiectiv (tensiune interioară, nelinişte, nesiguranță, etc) cât şi comportamental (comportament neliniştit, cu mişcări permanente) şi disvegetozic (cu alte manifestări de disfuncție corporală). Tristețea depresivă se poate asocia şi cu iritabilitatea.

Componentele cognitive ale sindromului depresiv se cer diferențiate, mai ales la vârsta a treia, de deteriorările cognitive organice.

Sindromul depresiv poate apare în combinație cu orice alte sindroame psihopatologice fiind cel mai răspândit sindrom din psihopatologie. El poate avea diverse intensități, durate şi condiționări. Formele uşoare, subclinice pot fi deseori mascate de simptomele somatice sau de addicția de substanțe ("depresie mascată").

Datorită retragerii, lentorii, inhibiției la nivel ideoverbal, informațiile sunt greu de obținut de la pacient. Se mai ridică probleme lingvistice semantice în ceea ce privesc termenii în care subiectul ştie şi poate să-şi formuleze trăirile.

Sindromul depresiv poate fi luat ca exemplu pentru felul în care sunt construite criteriile de diagnostic şi scalele de evaluare. Acestea sunt mult mai reduse decât multitudinea de simptome menționate mai sus aşa cum rezultă din exemplele ce vor urma.

Criteriile de diagnostic DSM-IV TR pentru depresie:

1. dispoziție depresivă, indicată subiectiv sau obiectiv (sau dispoziție iritabilă)
2. o pronunțată diminuare a interesului sau a plăcerii în ceea ce priveşte toate sau aproapa toate activitățile
3. o semnificativă scădere în greutate în lipsa unei cure de slăbire (mai mult de 5% din greutatea corporală / lună) sau scădere/creştere a apetitului
4. insomnii/ hipersomnie
5. agitație psihomotorie sau lentoare psihomotorie (observate şi de către alții, nu doar senzația subiectivă)
6. fatigabilitate, energie vitală scăzută
7. idei de inutilitate sau vinovăție (până la delir)
8. dificultatea de a gândi sau concentrarea atenției, indecizie (subiective, obiective)
9. gânduri recurnte despre moarte (nu doar frica de a muri), idei recurente suicidare fără un plan specific.

GHIDUL DE INTERVIU STRUCTURAT PENTRU SCALA HAMILTON DE EVALUARE A DEPRESIEI

SIGH – D

STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR THE HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

Janet B. W. Williams (1988)
Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
New York.

SIGH – D

INTERVIEVATOR:

Prima întrebare a fiecărui item trebuie să fie pusă exact cum este scrisă. Adesea această întrebare va extrage suficientă informație despre severitatea şi frecvența simptomului pe care vreți să-l evaluați cu siguranță. Urmați apoi întrebările așa cum ele sunt puse când este nevoie de clarificări sau explorări adiționale. Întrebările specificate trebuiesc puse până când aveți suficiente informații pentru a evalua adecvat itemul. În unele cazuri va trebui să adăugați propriile voastre întrebări pentru a obține informația necesară.

NOTĂ:

Perioada de timp. Deşi întrebările interviului se referă la condiția pacientului în ultima săptămână, unii investigatori folosesc acest instrument ca o măsură a schimbării când se doreşte să se evalueze starea clinică din ultimele 2 – 3 zile. În acest caz fiecare întrebare trebuie să fie precedată de : "În ultimele două – trei zile …"

Itemul slăbirea în greutate. Este recomandat ca acest item să fie evaluat pozitiv oricând pacientul a pierdut din greutatea de bază (de ex. înainte de episodul depresiv curent). Chiar dacă pacientul a început să ia în greutate dar ea este sub greutatea de bază, itemul se cotează pozitiv.

Condiția "uzuală" sau "normală" a subiectului. Mai multe întrebări se referă la funcționarea normală sau uzuală a pacientului. În unele cazuri, precum când pacientul prezintă distimie sau tulburarea afectivă sezonieră, trebuie să ne referim la ultima oară când pacientul s-a simțit bine (de ex. nu depresiv sau vesel) pentru mai mult de două săptămâni.

NUMELE PACIENTULUI_____

Număr de identitate_____

Intervievator_____

Data _____

Vă rog să răspundeți la unele întrebări despre cele petrecute în ultima săptămână. Cum v-ați simțit ? (DACĂ LUCREAZĂ) Ați fost la lucru ? DACĂ NU : De ce ?

Care a fost dispoziția dvs în ultima săptămână ?

V-ați simțit abătut sau trist ?

Depresiv ? Neajutorat ?
În ultima săptămână cât de des v-ați simțit așa (PUNE CE SE POTRIVEȘTE)
În fiecare zi ? În toate zilele ?

V-ați plâns tot timpul ?

1.DISPOZIȚIE DEPRESIVĂ
(tristețe, lipsă, neajutorare, fără valoare)

- absent
- indică numai dacă este chestionat
- spontan raportează verbal
- exprimă nonverbal (de ex. expresia facială, postura, vocea, etc.)
- tot interviul exprimă spontan verbal şi nonverbal
  aceste sentimente aproape tot interviul

DACĂ SCORUL A FOST 1 – 4 ÎNTREABĂ: De cât timp vă simțiți așa ?

În ultima săptămână v-ați învinovățit cu ceva simțind că ați făcut ceva rău sau i-ați decepționat pe alții ? DACĂ DA: Ce ați gândit? V-ați simțit vinovat de ceva ce ați făcut sau nu ați făcut?

V-ați gândit că în anume fel v-ați cauzat singur această boală (DEPRESIE)?

Ați simțit că ați fost pedepsit prin faptul că v-ați îmbolnăvit?

2.SENTIMENTE DE VINOVĂȚIE

- absente
- auto – reproşuri simțind că ați decepționat pe alții
- idei de vinovăție sau ruminații despre greşeli sau păcate trecute
- Boala actuală este o pedeapsă, delir de vinovăție
- Bolnavul aude voci care îl acuză sau îl denunță, are halucinații vizuale amenințătoare

Ați avut în ultima săptămână vreun gând că viața nu merită să fie trăită ori că mai bine ar fi să muriți ? Ați avut gânduri să vă omorâți singur ?

DACĂ DA : Ce ați gândit ? Într-adevăr v-ați provoca moartea ?

3.SUICID

- absent
- gânduri că viața nu merită trăită
- doreşte să fi fost mort sau ceva gânduri să-şi provoace moartea
- idei sau gesturi suicidare
- tentative de suicid

Cum ați dormit în ultima săptămână?

Ați avut vreo problemă să adormiți? (După ce vă băgați în pat cât timp vă trebuie să adormiți ?)

În timpul ultimei săptămâni s-a întâmplat să vă treziți în timpul nopții?
DACĂ DA : V-ați sculat din pat? Ce ați făcut? (Ați mers numai la toaletă?)
Când mergeți înapoi în pat puteți să adormiți?
Ați simțit că somnul Dvs a fost neliniştit sau perturbat în unele nopți?

La ce oră vă treziți dimineața în ultimul timp în ultima săptămână ?
DACĂ DEVREME : Vă trezeşte ceasul sau vă treziți singur ?
La ce oră vă trezeați de obicei ?
(înainte de a fi Depresiv)

Cum v-ați petrecut timpul când nu ați fost la lucru ?

V-a plăcut să faceți aceste lucruri sau a trebuit să vă forțați să le faceți ?

Nu mai faceți ceea ce obişnuiați să faceți ? DACĂ DA : De ce ?

Există ceva care aşteptați cu plăcere?

(URMEAZĂ: V-ar plăcea să reveniți la normal ?)

4.INSOMNIA DE ADORMIRE

- nici o dificultate în a adormi
- plângeri ocazionale, nu mai mult de ½ de oră până la adormire dar mai mult de ¼ de oră
- plângeri de mari dificultăți de adormire noapte de noapte

5.INSOMNIA DIN MIJLOCUL NOPȚII

- nici o dificultate
- plângeri de a fi neliniştit şi perturbat în timpul nopții
- se plimbă în timpul nopții – se scoală din pat (excepție când trebuie să meargă la baie pentru necesitățile fiziologice)

6.INSOMNIA DE TREZIRE

- nici o dificultate
- se trezeşte devreme dar adoarme la loc
- incapabil de a mai adormi dacă se trezeşte devreme

7.MUNCA ŞI ACTIVITATE

- nici o dificultate
- gânduri şi sentimente de incapacitate, oboseală sau delăsare față de activități, muncă sau hobiuri.
- pierderea intereselor în activitate muncă sau hobiuri prin spusele directe ale pacientului sau indirect prin nepăsare, indecizie sau ezitare (simte că trebuie să se forțeze la muncă sau activitate)
- reducerea timpului consacrat activității sau diminuarea productivității. La spital se alege rubrica 3 dacă bolnavul nu consacră cel puțin 3 ore pe zi unei activități de spital

- oprirea muncii ca urmare a bolii actuale. În spital nu are nici o activitate decât cea obişnuită.

EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVAREA DIN TIMPUL INTERVIULUI

8.LENTOARE (Încetinirea gândirii şi a vorbirii; afectarea abilității de a se concentra; scăderea activității motorii)

- vorbire şi ideație normală
- uşoară lentoare în interviu
- lentoare evidentă în interviu
- interviu dificil
- stupor complet

EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVAREA DIN TIMPUL INTERVIULUI

9.AGITAȚIE

- deloc
- „se joacă" cu mâinile, părul, etc.
- se mişcă mereu, nu poate sta locului, îşi freacă mâinile, îşi muşcă unghiile, se trage de păr, îşi muşcă buzele, etc.

În ultima săptămână v-ați simțit tensionat şi iritabil ?
Ați fost îngrijorat mult de lucruri mici, de care nu ar trebui să vă îngrijorați ?

În ultima săptămână ați avut vreunul din aceste simptome fizice (CITEŞTE RAR LISTA)
Cât de tare v-au deranjat aceste simptome în ultima săptămână ? (Cât de intense sau dese le-ați avut?)
NOTA: NU SE EVALUEAZĂ DACĂ SUNT DIN CAUZA VREUNEI MEDICAȚII

Cum a fost pofta de mâncare în ultima săptămână ? (Cum este comparativ cu ultima săptămână ?)

V-ați forțat ca să mâncați ?

Alți oameni trebuie să vă îndemne ca să mâncați ?

Ați avut energie în ultima săptămână?
Ați fost obosit tot timpul ?
Ați avut în ultima săptămână dureri de spate, de cap sau de muşchi ?
Ați simțit greutate în picioare, spate sau cap ?

10.ANXIETATE PSIHICĂ

- nici o dificultate
- tensiune şi iritabilitate subiectivă
- griji față de lucruri mărunte
- atitudine temătoare ce se vede pe față sau în vorbire
- exprimă teamă fără să fie întrebat

11.ANXIETATE SOMATICĂ (concomitențele somatice ale anxietății precum gură uscată, meteorism, indigestie, diaree, crampe, vărsături, palpitații, dureri de cap, gâfâieli, oftaturi, transpirații sau urinări frecvente)

- absente
- uşor
- moderat
- sever
- împiedică orice activitate

12.SIMPTOME GASTROINTESTINALE

- nimic
- scăderea apetitului dar mănâncă

fără să fie încurajat de personal. Senzație de greutate în abdomen

- mâncat dificil fără îndemnul

personalului. Cere sau necesită laxative sau medicație pentru intestine sau medicație pentru simptome GI

13.SIMPTOME GENERALE SOMATICE

- deloc
- greutate în picioare, spate, cap, dureri de cap, dureri musculare, de spate, pierderea energiei şi oboseală
- orice alt simptom bine definit

Ați fost interesat de sex în ultima săptămână ? (Nu vă întreb despre performanță ci despre interesul sexual, cât de mult vă gândiți la această problemă)

Au existat schimbări în interesul Dvs sexual față de când nu erați depresiv?

Uneori v-ați gândit mult la aceasta? DACĂ NU : Este aceasta neobişnuit pentru Dvs ?

În ultima săptămână v-ați gândit mai mult la sănătatea Dvs sau la cum funcționează corpul (comparativ cu modul obişnuit)
Aveți multe plângeri de cum vă simțiți fizic ?
Ați constatat că cereți ajutor pentru probleme de sănătate pe care le-ați putea rezolva singur ?
DACĂ DA : Dați un exemplu ? Cât de des se întâmplă ?

Ați slăbit de când sunteți depresiv ?
DACĂ DA : Cât de mult ?

DACĂ NU E SIGUR : Credeți că hainele v-au devenit largi ?

URMEAZĂ : Ați luat ceva în greutate înapoi ?

14.SIMPTOME GENITALE
(precum pierderea libidoului, tulburări menstruale)

- absent
- uşor
- sever

15.HIPOCONDRIE

- absent
- se gândeşte ocazional, doar se autopreocupă
- preocupări cu sănătatea
- frecvente plângeri, solicitări de ajutor
- deliruri hipocondriace

16.PIERDERE ÎN GREUTATE
(evaluează fie A fie B)

- Când evaluați în trecut
  - nici o pierdere în greutate
  - pierdere probabilă în greutate asociată cu tulburarea prezentă
  - pierdere sigură în greutate

- La examenul psihiatric săptămânal, când se măsoară schimbările actuale în greutate
  - pierdere în greutate inferioară a 500 gr. într-o săptămână
  - pierdere în greutate superioară a 500 gr. într-o săptămână
  - pierdere în greutate superioară a 1 kg. într-o săptămână

EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVAȚIE

17.CONŞTIINȚA BOLII

- recunoaşte că este depresiv sau că nu mai este în prezent
- recunoaşte boala dar o atribuie unei alte cauze : proastă alimentație, climat, suprasolicitare, virus, lipsă de odihnă
- neagă boala cu totul

SCORUL TOTAL AL SCALEI HAMILTON 17 ITEMI : _____/ _____/

SCALA HAMILTON CU 21 ITEMI (se chestionează în plus şi întrebările de mai jos)

În această ultimă săptămână v-ați simțit mai bine sau mai rău dimineața sau seara ?

DACĂ EXISTĂ VARIAȚIE : Cât de rău vă simțiți (DIMINEAȚA SAU SEARA)

18.VARIAȚIA DIURNĂ

- Notează dacă simptoamele sunt mai rele dimineața sau seara. DACĂ NU - nu există variație pune 0.

0 nici o variație sau depresie
1 mai rău dimineața
2 mai rău după-amiaza

- Când este prezentă marchează severitatea variației :

- nici o variație
- uşoară
- severă

În ultima săptămâna ați simțit vreodată brusc că totul devine ireal sau ca în vis sau străin ?
DACĂ DA : Cât de rău a fost ? Cât de des s-a întâmplat ?

În săptămâna trecută ați simțit că toți vor să vă rănească sau să vă facă rău ?
DACĂ NU : Lumea vă bârfeşte pe la spate ?
DACĂ DA : Spuneți-mi despre ce?

În ultima săptămână au existat lucruri pe care a trebuit să le faceți mereu, mereu, precum să verificați dacă ați închis uşa de mai multe ori?
DACĂ DA : Puteți să dați un exemplu ?
Ați avut gânduri care nu aveau nici un sens

19.DEPERSONALIZARE – DEREALIZARE (precum sentimente de irealitate sau nihilistice)

- absent
- uşor
- moderat
- sever
- incapacitant

20.SIMPTOME PARANOIDE

- nici una
- suspicios
- idei de referință
- deliruri de referință şi persecuție
- iluzii de relație şi persecuție

- absent
- uşor
- sever

21.SIMPTOME OBSESIONALE ŞI COMPULSII

SCORUL TOTAL LA SCALA HAMILTON 21 ITEMI _____/_____

INTERPRETAREA SCALEI HAMILTON

0 – 7 **Absența depresiei**
8 – 15 **Depresie minoră**
≥ 16 **Depresie majoră**

Sindromul maniacal

În normalitate mania patologică are corespondent în euforia sărbătorească, mai ales cea consecutivă unui succes, în cadrul căreia subiectul e hipersociabil, expansiv şi euforic, centrat pe prezent cu deschidere optimistă spre viitor. În ansamblu se caracterizează prin: tahipsihie; dezinhibiție generalizată; dispoziție afectivă pozitivă; energie crescută; optimism; buna încredere în sine şi în viitor; lipsa reticenței.

Simptomalogia sindromului maniacal poate fi împărțită, la fel ca în cazul sindromului de anxietate generalizată şi a sindromului depresiei inhibate în câteva clase:

Din punct de vedere subiectiv se constată:

- dispoziție euforică cu veselie;
- euforie;
- buna dispoziție;
- stare subiectivă de bine (se simte "foarte bine"), ce se transmite celor din jur şi pe care nimic nu o poate schimba;
- uneori afirmă fericire;
- optimism şi încredere în sine şi în viitor.

În perspectiva timpului trăit subiectul trăieşte într-un prezent deschis, spre un viitor optimist, în care se poate împlini aproape orice: are multe proiecte, planuri, fiind convins că toate se pot realiza, că se poate împlini aproape orice; trecutul nu-l interesează;trăieşte sentimentul scurgerii rapide a timpului; părerea despre sine este bună; simte că are energie, forță; sentimentul de capacitate şi abilitate crescută, nu e obosit deşi doarme puțin;

încredere în sine, în propriile capacități; stimă de sine crescută; grandiozitate.

Celelalte persoane îl interesează puțin, este convins că le este superior, că alții ar trebui să-l admire (şi e posibil să îl invidieze).

Din punct de vedere cognitiv se întâlneşte:

- vigilitate crescută;
- atenție hipermobilă, cu mari dificultăți de concentrare şi persistență;
- percepție intensificată: percepe cu multe detalii, imaginile sunt colorate;
- memoria e bună, dar nefuncțională din cauza derulării rapide a cursului ideativ;
- presiune a gândirii;
- ideație rapidă cu schimbare bruscă a ideilor şi cursului gândirii;
- fuga de idei (asociații ideative superficiale, prin asonață); sau de la o idee la alta. Conținutul ideatic e consonantat în buna părere despre sine şi cu optimismul pacientului.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv, maniacalul este dezinhibat psihomotor:

- se mişcă mult şi cu o viteză crescută;
- vorbeşte mult şi repede;
- este sociabil;
- realizează uşor, spontan, rapid, contacte interpersonale;
- transmite altora bună dispoziție (îi contaminează cu veselie),
- este lipsit de reticențe, ce gândeşte spune imediat fără a fi inhibat de norme şi reguli sociale.

Decizia este rapidă cu scurtcircuitarea motivației, subiectul trece repede la act fără deliberare; nu persistă în acțiune schimbându-şi frecvent obiectivele. Este dezinhibat. Se angajează în mai multe activități, chiar dacă acestea sunt dificil de realizat, cu convingerea că le va putea duce la bun sfârşit.

- În faza incipientă, (a stării hipomaniacale) subiectul poate avea inițial un randament crescut; dar ulterior nu mai perseverează în cele începute. Se poate angaja în acțiuni riscante, uneori iresponsabile, pentru sine şi pentru alții. Are predispoziția pentru a cheltui necontrolat mulți bani pentru cumpărături, jocuri de noroc, etc.
- Expresiv, este adesea extravagant, strident în ținută, îmbrăcăminte, podoabe. Faciesul exprimă buna dispoziție, cu privirea ancorată în realitatea imediată, pe care o observă cu acuitate (uneori făcând observații surprinzătoare). Vorbeşte repede, mult, deseori necenzurat, fără ruşine, coprolalic; poate recita poezii, cânta, improvizează cu uşurință. Gestica e expansivă cu mişcări largi. Se poate angaja în dans sau comportamente extravagante; râde uşor şi mult.

Din punct de vedere biologic, corporal se constată:

- somn redus, dar fără oboseală şi cu energie fizică crescută;
- creşterea performanțelor fizice;
- creşterea libidoului cu pierderea pudorii (până la exhibiționism);
- alimentarea poate fi normală sau crescută, fără creştere în greutate datorită catabolismului crescut;
- agresivitate crescută, predominant verbală.

Sindromul maniacal poate avea diverse intensități:

Forma incipientă hipomaniacală: subiectul poate avea anumite performanțe crescute şi o prezență socială plăcută pentru ca apoi să apară comportamentele deviante (cheltuirea de bani, infidelitate sexuală, comportamente riscante) şi în sfârşit ***forma clinică***. În tabloul clinic euforia poate fi dublată sau înlocuită de iritabilitate (disforie). Formele accentuate se însoțesc de agitație, confuzie, delir halucinator.

În clinica psihiatrică sindromul maniacal e caracteristic pentru tulburarea bipolară şi ciclotimie. Ca şi comorbiditate se poate combina cu alte sindroame.

Nume_____

Investigator/Instituție_____

Data_____

SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI

NU S-AU OBȚINUT INFORMAȚII ☐

Marcați una din căsuțele de mai jos. Scopul fiecărui item este de a evalua severitatea anormalității prezentă la pacient. În cazul în care se dau mai multe opțiuni pentru un anumit grad de severitate, este necesară doar prezența uneia pentru a valida evaluarea. Opțiunile prezentate au doar rolul de a ghida, sugera. Ele pot fi ignorate dacă acest lucru este necesar pentru a indica severitatea, cu toate că aceasta ar trebuie să fie mai curând o excepție decât regula obişnuită.

- BUNA DISPOZITIE EXAGERATA (DISPOZITIE ELEVATA):

☐ 0 Absentă
☐ 1 Slabă, sau posibil crescută în timpul interviului
☐ 2 Elevare subiectivă clara; optimist, sigur de sine; vesel; încadrat în context.
☐ 3 Elevat, deplasat; umoristic.
☐ foric, râs deplasat; cântă.

- ACTIVITATE MOTORIE-ENERGIE CRESCUTA.

☐ 0 Absentă
☐ 1 Percepută subiectiv ca crescută
☐ 2 Animată; gestica crescută

☐ 3 Energie excesivă; hiperactiv uneori; agitat (poate fi calmat).

☐ 4 Agitație motorie; hiperactivitate continuă (nu poate fi calmat).

3. INTERES SEXUAL

☐ 0 Normal; nu este crescut.

☐ 1 Uşor crescut, sau există această posibilitate

☐ 2 O creştere subiectivă certă raportată în timpul interviului.

☐ 3 Conținut sexual spontan; elaborează pe tema sexului; hipersexual (auto-raportare)

☐ 4 Avansuri sexuale deschise (față de pacienți, personalul medical sau interviator).

4. SOMNUL

☐ 0 Nu raportează reducerea somnului.

☐ 1 Doarme mai puțin decât e normal cu până la o oră.

☐ 2 Doarme mai puțin decât e normal cu peste o oră.

☐ 3 Raportează o reducere a nevoii de a dormi.

☐ 4 Neagă nevoia de somn.

5. IRITABILITATE

☐ 0 Absentă.

☐ 1 Crescută subiectiv.

☐ 2 Iritabil uneori în cursul interviului; episoade recente de furie au enervare în timpul internării

☐ 3 Frecvent iritabil în cursul interviului; lapidar, repezit.

☐ 4 Ostil, necooperativ; desfăşurarea interviului e imposibilă.

6. VORBIREA (RITM SI VOLUM)

☐ 0 Nu sunt crescute.

☐ 1 Vorbăreț.

☐ 2 Ritm sau volum crescut uneori; câteodată repetitiv.

☐ 3 Precipitat; ritm şi volum marcat crescute; greu de întrerupt.

☐ 4 Presant; nu poate fi întrerupt, discurs continuu.

7. DEZORDINE A GANDIRII-LIMBAJULUI

☐ 0 Absentă.

☐ 1 Circumstanțial; distractibilitate redusă; gânduri rapide.

☐ 2 Uşor de distras; pierde şirul gândirii; schimbă frecvent subiectul; fuga gândirii;

☐ 3 Zborul gândirii; tangențialitate; greu de urmărit; vorbeşte în rime; echolalie.

☐ 4 Incoerent; comunicarea e imposibilă.

8. CONTINUT

☐ 0 Normal.
☐ 1 Planuri îndoielnice, interese noi.
☐ 2 Proiecte speciale; hiperreligios.
☐ 3 Idei grandioase sau paranoide; idei de referință.
☐ 4 Delir; halucinații.

9. COMPORTAMENT DISRUPTIV-AGRESIV

☐ 0 Absent, cooperativ.
☐ 1 Sarcastic; uneori vorbeşte tare, încordat.
☐ 2 Certăreț; face amenințări în cursul internării.
☐ 3 Amenință interviatorul; strigă; interviul e dificil.
☐ 4 Atacă; distructiv; interviul e imposibil.

10. INFATISAREA

☐ 0 Imbrăcat şi aranjat corespunzător.
☐ 1 Uşor neglijent.
☐ 2 Curățenie corporală minimă; moderat neglijent; supraîmbrăcat
☐ 3 Murdar; îmbrăcat parțial; machiaj ostentativ.
☐ 4 Complet neîngrijit;decorat; accesorii vestimentare bizare.

11. CONSTIENTIZAREA DE SINE (INSIGHT)

☐ 0 Prezentă; admite prezența bolii; e de acord cu necesitatea tratamentului.
☐ 1 Admite posibilitatea bolii.
☐ 2 Recunoaşte schimbările de comportament, dar neagă existența bolii.
☐ 3 Admite posibilitatea schimbărilor de comportament, dar neagă boala.
☐ 4 Neagă existența oricăror schimbări de comportament.

Inițialele interviatorului:

Sindromul halucinator şi al distorsiunilor perceptive

Percepția poate fi circumscrisă ca reflectarea psihică sintetică, structurată ca formă şi semnificație a informațiilor actuale. Ea presupune orientarea atenției, selectarea şi ierarhizarea informației, compararea cu datele mnestice, imaginația.

Percepția e integrată în cunoaşterea ce serveşte acțiunii. Există o percepție continuă a propriului corp şi a propriei persoane şi o percepere variabilă a ambianței şi altora. Percepția se poate referi la informația imediată sau la o perioadă mai îndelungată de timp, caz în care se realizează o sinteză a informației diacronice. În normalitate percepția poate fi mai clară sau mai vagă, mai mult sau mai puțin exactă. Aşteptările, emoțiile şi imaginarul modelează semnificația percepțiilor. Visul este o trăire de tip perceptiv ce se desfăşoară în contextul reducerii vigilității conştiente.

În psihopatologie, percepția corectă formal poate fi intensificată (în manie) sau estompată (în depresie). Ea poate fi trăită cu semnificații speciale ca în derealizare, dispoziția delirantă, trăirile relaționale şi simptomele de referință.

Iluziile formale se referă la percepții deformate. Obiectele pot apărea mai mari sau mai mici decât în realitate, cu contururi modificate, cu modificarea relației dintre formă şi fond. Pot apărea iluzii de schemă corporal care sunt de obicei incoercibil în sindromul de depersonalizare. Iluzia perceptivă poate conduce la false identificări. Iluziile pot sta la baza unor interpretări deformate, exagerate, uneori susținând ideile supraevaluate sau delirul.

Halucinația constă dintr-o percepție care nu are echivalent într-o informație actuală (percepție fără obiect). Se poate desfăşura în toate ariile senzoriale, fiind mai diferențiată în domeniul analizatorilor auditiv şi vizual. Trăirile halucinatorii sunt plasate în spațiul exterior corpului ca orice percepție. Halucinația funcțională constă dintr-o percepție nereală, clară, care se bazează totuşi pe peceperea unei informații brute, neclare: de ex. când trece un tramvai pacientul aude clar voci care vorbesc despre el. În domeniul vizual pot apărea paraeidolii, în sensul unor perepții clare ce apar pe fundalul unor informații vagi (nori, mucegai, pete de cafea). În unele arii senzoriale (olfactive, gustative, cutanate) diferențierea dintre halucinația propriuzisă şi cea funcțională este deseori deficilă.

S-au descris halucinații psihice (pseudohalucinații) care sunt resimțite în interiorul propriului corp, de exemplu pacientul afirmă că aude voci în interiorul capului.

Tradițional se vorbeşte de "halucinoză" ca de o halucinație criticată, cum ar fi în cazul unor boli neurologice care comprimă nervul optic. În psihiatrie, deseori subiectul nu e în întregime convins de realitatea halucinațiilor. În plus, critica halucinațiilor se petrece destul de des în urma programelor de psihopedagogie.

Halucinațiile sunt comentate în funcție de organele de simț. Halucinațiile auditive pot fi simple constând în auzirea unor sunete, zgomote, muzică. Mai diferențiate sunt cele audio - verbale ce constau din auzirea unor voci umane. Se analizează: direcția din care vin vocile, distanța, intensitatea, timbrul vocii (bărbat, copil, femeie), numărul vocilor ce se adresează sau comentează, conținutul acestora. Mai importante sunt: halucinațiile apelative care cheamă pe nume pacientul, halucinațiile imperative care ordonă să se facă anumite lucruri şi halucinațiile

comentative: două sau mai multe voci discută între ele despre pacient, comentează comportamentul său, îl critică, îl laudă; sau, vocile comentează gândurile şi acțiunile subiectului în timp ce acestea se desfăşoară. Halucinațiile auditive pot fi auzite într-o singură ureche sau în ambele cu conținut identic sau diferit.

Halucinațiile vizuale pot fi simple (scântei, culori), pot consta în perceperea unor obiecte, animale, oameni, ființe supranaturale; cele complexe constau în scene panoramice în desfăşurare (ca la cinematograf) la care pacientul participă mai mult sau mai puțin, cu implicare afectivă şi comportamentală.

Halucinațiile mai pot fi: olfactive (mirosuri variate, senzația că propriul corp emană un miros pe care alții îl percep), gustative (gust modificat al alimentelor, metalic, neplăcut), cutanate (senzație de arsuri, căldură sau că se mişcă ceva pe piele), kinestezice (senzația că este împins, tras), interne (senzații deosebite în zona organelor interne), sexuale (senzația de orgasm). Deseori pacientul participă comportamental la conținutul halucinațiilor, mai ales în cazul celor vizuale şi auditive.

Halucinațiile se combină ce mai des şi mai intens cu delirul.

Sindromul de depersonalizare – derealizare

Persoana umană resimte în normalitate o continuă identitate cu sine, în diverse situații şi raportări interpersonale, de-a lungul timpului. Identitatea personală se bazează pe identitatea corporală (a corpului fizic obiectiv şi a celui resimțit subiectiv), pe cea psihică care diferențiază subiectul de altul, pe biografie, tipologie caracterială,pe statutul şi rolul social, pe identitatea socială a numelui şi a actelor de identitate, pe biografia proprie cunoscută şi relatată de alții.

Sindromul de depersonalizare se referă în primă instanță la sentimentul pierderii identității corporale şi psihice. Se menționează următoarele simptome:

- impresia modificării formei corporale;
- iluzii de schemă corporală: unele părți ale corpului sau corpul în totalitate e resimțit mai mic sau mai mare ca în realitate sau deformat;
- sentimentul pierderii limitelor corporale, a vulnerabilității pentru elemente exterioare, indistincția dintre interior şi exterior;
- nerecunoaşterea propriului corp, a propriei fețe în oglindă;
- subiectul se percepe pe sine ca fiind nereal, ca jucând un rol, în loc de a fi spontan şi natural (“o umbră a unei adevărate persoane”)
- subiectul se simte detaşat de propriile trăirri ca şi cum le-ar vedea de departe (de la capătul unui telescop)
- în forme mai grave subiectul poate resimți că este mort sau că trăieşte într-o “lume paralelă” şi nu poate să interacționeue cu lumea noastră

- sentimentul pierderii identității psihice (“eu nu mai sunt eu”) şi/sau a transformării psihice (“eu mă transform”).

Aceste trăiri nu depăşesc faza sentimentului de neidentitate şi transformare căci acesta conduce la convingeri delirante. Derealizarea constă în perceperea modificată a realității înconjurătoare care pare schimbată: ciudată, stranie, ideală, neobişnuită, “ca în vis”, “parcă lucrurile se petrec nefiresc” ca într-o scenă de teatru. Totul pare lipsit de culoare, mort. Privitor la alte persoane derealizarea face ca aceştia să fie percepuți ca un fel de actori mai degrabă decât oameni obişnuiți; ei pot apare ca “păpuşi, marionete pe sfori, fără o viață proprie”.

Depersonalizarea şi derealizarea în sensul de mai sus pot preceda organizarea delirantă. În delir subiectul resimte şi e convins că deja s-a schimbat, că “are o altă identitate” în unul sau mai multe din aspectele ce constituie identitatea sa. Pot apărea teme delirante centrate pe:

- transformarea corporală (“m-am transformat într-un animal, în diavol”);
- transformarea identității sociale (alt nume, altă genealogie);

  Într-un sens mai larg în cadrul sindromului de depersonalizare se mai pot încadra:
- sentimentul dedublării interioare (eu sunt o persoană dublă, cu decizie contradictorie care uneori se opune celei conştiente);
- pornind de la acest nivel se poate ajunge la delir de posesiune (demoniacă, de către o altă persoană);
- heautoscopia, simptom ce constă în faptul că subiectul se vede pe sine în afara sa (din față, din spate); de la această situație se poate

ajunge de asemenea la un delir de dedublare, cu existența unei dubluri a persoanei, în afara ei;

- dubla personalitate, aceasta se corelează cu simptomatologia stărilor disociative de conştiință.

Sindromul de transparență, influență şi de referință

În mod normal orice om resimte şi trăieşte un control propriu asupra intimității sale psihice, a ceea ce păstrează ca secret personal şi a sursei ultime a deciziilor sale. Deşi oamenii sunt în permanență controlați de către alții în diverse împrejurări şi cu diverse tehnici şi deşi ei sunt continuu influențați în decizii, opinii şi gânduri de către alții, se menține sentimentul apartenenței de sine, a deciziei ultime, a controlului personal asupra propriei intimități,asupra gândurilor proprii.

Modificarea stării naturale menționate mai sus conduce la sindromul de transparență influență, care mai este denumit de „pasivitate" sau de control extern (xenopatic). În cadrul acestuia subiectul resimte că alții au acces la intimitatea sa, cunoscând-o şi intervenind în deciziile sale cele mai intime, în apariția gândurilor sale.

Simptome se împart în următoarele clase:

Simptome de transparență

Acestea se articulează cu simptomatologia sentimentului de „punere sub supraveghere" care însoțeşte o parte din trăirile paranoide specifice schizofreniei plasându-se în continuitatea acestora. Principalele simptome sunt:

- Cunoaşterea propriilor gânduri intime prin „citirea" sau „ghicirea" lor de către alții;

- Înregistrarea gândirii de către alții în urma răspândirii ei; fenomenul e trăit pasiv, subiectul resimte cum propriile gânduri se răspândesc fără voia lui şi alții le captează;
- Comentarea gândirii de către alte gânduri intruse; subiectul resimte că în mintea sa sunt mai multe cursuri ale gândirii dintre care, unul, străin, supraveghează şi comentează propriile gânduri. În acest caz fenomenul nu e resimțit ca halucinator;
- Sonorizarea gândirii: subiectul îşi aude gândurile, dar în propriul cap; nu e fenomen halucinator. Totuşi subiectul crede că cineva care stă aproape poate să le audă;
- Ecoul gândirii: pacientul are sentimentul că propriul gând se repetă ca un ecou, dar nu sonor;
- Facerea publică a propriilor gânduri: subiectul constată că propriile gânduri sunt utilizate de alții, apar la radio sau televizor, în presă, astfel încât ajunge la concluzia că propriile gânduri au fost furate; fenomenul se poate corela cu delirul de referință.

Odată cu fenomenele de transparență supravegherea şi controlul pătrund în însăşi intimitatea psihismului subiectiv.

Fenomenele de influență (dirijare)

În cadrul simptomelor din acest grup sentimentul de pasivitate este mai accentuat. Pentru ele se mai foloseşte expresia de „înlocuire a voinței". Cele mai pregnante sunt simptomele de influență asupra comportamentului şi gândirii.

- Înlocuirea voinței de forțe externe; aceasta poate fi trăită în mod global, subiectul simțindu-se ca un „automat dirijat din exterior”. În acest sens de Clérambault a folosit eticheta de „automatism mental”.

Fenomenul poate fi resimțit şi sectorial ca:

- Înlocuirea controlului vocii: pacientul resimte că vocea sa e sub controlul altora din exterior;
- Înlocuirea controlului mâinii care scrie: subiectul afirmă că ceea ce scrie este controlat şi condus din exterior;
- Înlocuirea controlului altor acțiuni, ca mersul şi actele obişnuite ale vieții de zi cu zi;
- Înlocuirea controlului gândirii: pacientul resimte pierderea sensului posesiunii asupra întregului proces de gândire astfel încât niciun gând nu mai e resimțit ca inițiat de sine;
- Inserția gândirii: subiectul resimte cum unele gânduri ce le are nu sunt ale sale, nu sunt inițiate de el însuşi ci de alții, care le-au introdus în capul (mintea) sa; uneori chiar identifică al cui e gândul respectiv ce i-a fost inserat, cine este autorul şî deci posesorul său de drept; Gândurile pot fi introduse şi de diavol sau de Dumnezeu. Subiectul işi poate explica faptul că alte persoane îi inseră gânduri prin telepatie, hipnoză etc;
- Blocarea gândirii: gândirea se opreşte brusc şi apare un gol mental, iar pacientul poate interpreta că acest fenomen se produce sub influența altora;
- Retragerea gândirii: pacientul are impresia că i-au fost retrase, scoase din minte, de către alții, o serie de gânduri astfel încât a rămas cu mai puține. Uneori îşi simte mintea complet golită, ca un vid mental, şi

interpretează acest fapt ca datorat retragerii gândurilor sale de către alții;

- Alte tulburări subiective ale gândirii: subiectul poate resimți cum gândurile sale se mută din stânga în dreapta, că el nu mai poate şti care sunt propriile sale gânduri, că gândurile ies din corpul său etc.
- Alte tipuri de înlocuire a controlului decât cel asupra acțiunii şi gândurilor. Subiectul poate resimți că îi sunt influențate şi impuse anumite sentimente, emoții, expresii (de ex. râsul sau plânsul), senzații sexuale sau senzații corporale neplăcute, cenestopatii, dureri, că îi sunt modificate părți ale corpului, că prin toate acestea el este dirijat şi manipulat din exterior.

Fenomenele de influență şi dirijare exterioară, xenopatică din această clasă sunt diferite de halucinațiile imperative.

Fenomenele psihotice de referință

Această clasă cuprinde simptome ce exprimă sentimentul unei relații speciale, directe şi nemijlocite cu lumea exterioară, cu alții, relație de obicei neclară dar care are o semnificație deosebită, importantă. Principalele simptome sunt:

- Dispoziția delirantă este o formă mai vagă şi incipientă a ideației de referință: subiectul resimte că lumea din jur e neobişnuită, nefamiliară, că „se întâmplă ceva" neprecizat, dar care are o semnificație deosebită, deşi neclară, pentru pacient; uneori totul pare a se schimba rapid, nimic nu e stabil, e prezentă „o atmosferă stranie", uneori amenințătoare, iar subiectul e deseori anxios;

- Delirul de referință. Pacientul are impresia că comportamentul celor din jur are semnificații speciale, un dublu înțeles: unii fac gesturi ce ar putea fi un mesaj special, vorbirea lor e încărcată de aluzii şi înțelesuri speciale, ascunse, i se transmit mesaje la televizor, în ziare, peste tot e vorba despre el;
- Delirul de interpretare distorsionată este o extindere a delirului de referință la lumea extrapersonală. Aranjarea obiectelor poate avea o semnificație specială, la fel semnele de circulație, culorile, cifrele parcă transmit mesaje;

Fenomenele psihotice de referință pot preceda apariția „delirului primar" în sensul instalării bruşte a unor convingeri delirante ciudate prin „percepție delirantă" sau intuiție, rememorare delirantă. Acestea sunt trăiri aparent normale, obişnuite – de ex. percepția este una reală şi banală – dar ocazionează instalarea bruscă a delirului.

Fenomenele psihotice de referință se pot articula şi cu cele de transparență-influență şi cu cele de dezorganizare ideo-verbală.

Sindromul delirant; delirul paranoid

În normalitate fiecare om are o serie de convingeri care centrează personalitatea şi existența sa. Acestea se referă la credința în adevărul realității, a datelor lumii în care subiectul trăieşte; dar şi la convingeri politice, religioase, la puncte de vedere estetice, etc. Subiectul are o serie de opinii şi credințe în ceea ce îl priveşte, în felul de a se considera pe sine, starea sa, capacitatea şi valoarea sa. La fel, el are opinii şi credințe referitor la felul în care sunt alții, cei apropiați pe care-i cunoaşte, inclusiv în ceea ce priveşte felul în care alții se raportează la sine. În patologie, toate aceste convingeri şi credințe pot fi exagerate sau aberante. Totuşi, o parte din credințele fanatice în plan social şi valoric nu sunt etichetate patologic.

Prin delir se înțelege de obicei o convingere patologică intensă şi de neschimbat cu argumente privitor la o idee (temă) neadevărată, deseori imposibilă sau absurdă, fantastică. Această convingere se însoțeşte de o simplificare a vieții psihice a subiectului, ea centrează existența acestuia, condiționând un comportament aberant.

Importantă pentru delir este "tema" delirantă, care exprimă ideea în care el crede patologic. Aceasta poate fi formulată ca o situație sau ca un scenariu ce cuprinde convingerea subiectului privitoare la el însuşi, la starea sa şi, uneori, valoarea sa. Dar şi convingerea sa privitoare la raportul său cu lumea, cu alții, la cum sunt alții în raport cu el, atitudinea altora în raport cu sine. În cadrrul diverselor teme delirante aceste aspecte sunt mai mult sau mai puțin reprezentate.

Comentariul psihopatologic al delirului presupune:

- identificarea temei delirante în care subiectul crede, cu mai multă sau mai puțină convingere;
- contextul şi modalitățile prin care tema delirantă se instituie;
- structura delirului şi conjugerea sa cu alte sindroame psihopatologice.

Delirul rareori apare izolat; de obicei se însoțeşte de alte fenomene psihopatologice ca: halucinații, tulburări afective (anxioase, euforice, depresive, de iritare-agitație), fenomene de transparență-influență, de punere sub supraveghere, confuzive, etc.

Între convingerile normale şi cele delirante se plasează tulburarea prevalențială sau comportamentul deviant condiționat de o idee supraevaluată. Această stare e centrată de o convingere anormală într-o temă aflată în marginea realității, neadevărată, dar plauzibilă, în care subiectul crede, având o anumită argumentare, cu o trăire afectivă adecvată conținutului temei care centrează preocupările şi comportamentul subiectului o perioadă mai lungă de timp. Persoana nu e ruptă de realitatea sa umană, dar comportamentul său e parțial deviant. Comportamentul prevalent se organizează mai frecvent în jurul temelor de: hipocondrie, dismorfofobie, gelozie, erotomanie, dar şi în jurul altora.

Tematica delirantă poate exprima toate modalitățile subiectului de raportare la sine, la alții şi la lume, în general.

Ca raportare predominantă la sine, incluzând propriul corp se întâlnesc urmatoarele teme: hipocondriacă, dermatozică, de posesiune (zoopatică, demoniacă, prin alte persoane), de modificare şi transformare corporală (de ex. a sexului), de nouă identitate, de descendență ilustră, de autodepreciere, incapacitate, vinovăție, capacități şi abilități crescute,

speciale, de invenție, de bogăție, de misiune supranaturală (eventual prin relați speciale sau identificare cu forțele supranaturale) etc.

În tematica dismorfofobică subiectul e preocupat de defectul sau urâțenia sa corporală, dar şi de felul în care e apreciat de alții.

În perspectiva raportării interpersonale se întâlneşte tematica de gelozie, erotomană şi mai ales cea paranoidă, care se referă la atitudinea nefavorabilă, ostilă, a celorlalți. Aceasta se însoțeşte deseori de convingerea unei atenții deosebite sau a unei supravegheri speciale din partea celorlalți.

În perspectiva raportării generale față de lume se întâlnesc tematici fantastice, istorice, mistice, cosmice.

Modalitățile psihopatologice care încadrează delirul participă la constituirea sa şi/ sau îl susțin, sunt: intuiția delirantă, percepția şi interpretarea delirantă (acestea de obicei precipită starea de dispoziție delirantă spre un alt delir primar), depersonalizarea şi derealizarea, dispoziția delirantă şi trăirile de referință, halucinațiile, fenomenele de transparență-influență, dispoziția anxioasă, depresivă, euforic-maniacală, starea confuzivă (de delirium).

Delirul monotematic sistematizat

În această formă delirul se manifestă într-o formă aproape pură. El se constituie lent progresiv, de obicei prin interpretări delirante la persone disarmonice. Poate fi precedat de o perioadă de ideație supraevaluată.

Subiectul ajunge să fie convins de o idee care-i centrează preocupările şi comportamentul şi care nu poate fi modificată prin argumente. Deseori se păstrează o bună capacitate de raționament, delirul fiind elaborat „qvasilogic„ sau „hiperlogic„ fiind sistematizat. De obicei e prezentă o unică temă delirantă care ar putea fi: de posesiune zoopatică sau demonică,

hipocondriacă, dermatozică (convingerea că anumiți paraziți se mişcă sub piele) dismorfic corporal, de gelozie, erotoman, de invenție, de descendență ilustră, de persecuție, mistic. Delirul de persecuție sistematizat ce apare pe fondul unei personalități dizarmonice paranoide poate să creeze multe probleme sociale mai ales când ia forme politice. De asemenea unele deliruri mistice, de misiune profetică, pot să creeze probleme sociale.

Delirul paranoid

Una din tematicile delirante cele mai frecvente este cea de atitudine ostilă, ideea că alții intenționează să-i facă rău subiectului. Aceasta se întâlneşte în delirul paranoid. Delirul paranoid are de obicei o complexitate crescută fiind însoțit de alte teme delirante; dar mai ales de convingeri de supraveghere din partea altora. Deasemenea mai pot fi prezente halucinații predominant auditive, anxietate, depresie precum şi fenomene ale sindromului de transparență, influență şi referință.

Tematica de atitudine ostilă în delirul paranoid poate fi de: duşmănie, persecuție, prejudiciu, amenințare vătămare morală şi fizică, privare de libertate, atentat la viață (prin otrăvire etc.)

- Tematica de supraveghere poate consta în:

- convingeri de a fi privit în mod special de oameni (care s-au înțeles între ei, care-l comentează în mod negativ, care-şi bat joc de pacient = delir de referință sau senzitiv relațional);

- de urmărire (de una sau mai multe persoane, pe stradă sau diverse locuri, de organizații anume);

- de urmărire prin instrumente, tehnici speciale: înregistrări ale convorbirilor telefonice, prin microfoane, înregistrări video, fotografieri,

filmări, prin aparate optice de la distanță, din avioane, din satelit, prin radio, televizor, internet, laser, unde electromagnetice;

- supraveghere prin substituire de persoane (sindrom Capgras = o persoană cunoscută e înlocuită de urmăritori; sindrom Fregoli = un urmăritor ia diverse înfățișări pentru a-l urmări pe subiect.

Cei ce sunt presupuşi agresori pot fi: persoane cunoscute din apropiere, grupuri de persoane din intimitate şi organizații naționale sau internaționale, forțe supranaturale, agresori în general, fără specificație.

În cadrul delirului paranoid pot fi diferențiate mai multe nivele:

- un nivel în care delirul – instituit de anxietate, depresie, şi unele halucinații auditive – este centrat pe persoane concrete din ambianță, tematica e concretă şi concentrică: sunt prezente convingeri de urmărire, persecuție, prejudiciu din partea altora, eventual intenții de otrăvire, vrăjire (în funcție de nivelul intelectual).

- un nivel în care atitudinea ostilă este atribuită unor persoane necunoscute sau îndepărtate, unor instituții sau organizații (mafia, SRI), unor ființe supranaturale (duhuri, extratereştrii, spirite sau neprecizată), supravegherea este realizată cu mijloace tehnice speciale, sau prin fenomene parapsihologice sau supranaturale şi vizează intimitatea vieții pacientului; se poate observa acțiunea unor persoane substituite (sindromul Capgras, Fregoli).

- un nivel în care intervin simptome de referință, de transparență, de influență şi halucinații comentative.

- un nivel care interferează cu fenomene de dezorganizare ideo – verbală sau cu confabulările şi cu multe alte deliruri, halucinații şi simptome psihopatologice.

Alte variante de delir

Delirul parafren este unul fantastic, expansiv, conştient, confabulator. De obicei el evoluează „încapsulat”, adică în pararel cu o bună adaptare la realitate. Subiectul are o „dublă contabilitate”: o parte a persoanei sale e bine adaptată la realitate iar o parte e delirantă; între aceste două părți poate fi o redusă comunicare.

Delirul din cadrul stării de delirium se desfăşoară pe fondul unei denivelări a vigilității conştiente şi a dezorientării temporo –spațiale auto şi allopsihice, este de obicei secundar halucinațiilor (predominant vizuale) iar subiectul participă intens afectiv şi comportamental la conținutul trăirilor halucinatorii.

Sindromul dezorganizării ideo-verbale şi motivațional comportamentale

În mod normal omul trăieşte în mod unitar, coerent şi sintetic atât percepția şi reprezentarea de sine cât şi manifestările sale. Gândirea şi vorbirea, expresivitatea, comunicarea sunt astfel organizate ca să transmită informații sintetice, coerente şi cu semnificație comprehensibilă. La fel comportamentul are o motivație coerentă şi comprehensebilă, o unitate de desfăşurare şi de sens.

În patologie se pierde această coerență sintetică, gândirea, vorbirea şi comportamentul ajungând să fie dezorganizate (dezordonate), lipsite de semnificație şi sens, ciudate, bizare, incomprehensibile.

În plan ideo-verbal apar simptome care atestă modificarea cursului gândirii şi vorbirii. Acestea deviază de la finalitatea lor de a exprima şi comunica către alții informațiile sintetic şi semnificant. Apar astfel tulburările formale de gândire şi vorbire. Ca simptome se notează:

- barajul mental – cursul gândirii se opreşte brusc, şi se reia în altă direcție;
- mentismul – apariția bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate ce nu pot fi bine distinse şi controlate;
- gândirea şi vorbirea hiperconcretă, lipsite de context şi profunzime;
- gândirea şi vorbirea eliptică – scurtcircuitarea expresiilor uzuale ale textului comunicat cu păstrarea doar a unor repere de referință;
- gândirea şi vorbirea tangențială – este vagă, aluzivă, alunecă de la sensul de comunicare inițial;
- gândirea şi vorbirea digresivă – discursul se depărtează progresiv de tema principală, prin paranteze şi asociații circumstanțiale, fără a mai reveni;

- gândire şi vorbire incoerentă – lipsa de legătură între expresii se produce în interiorul propoziției, astfel încât vorbirea nu mai e comprehensbilă;
- tulburări logice şi gramaticale în gândire şi vorbire;
- gândire, vorbire şi sens marcate de dezordine, incoerență;
- gândire şi expresii simetrizante;
- gândire şi vorbire circumstanțială – evoluează din aproape în aproape, cu paranteze inutile; ea revine mereu la direcția inițială dar ajunge greu la concluzie;
- gândire şi vorbire manieristă, care nu comunică decât puțină informație deşi se exprimă mult cantitativ; se folosesc multe expresii de introducere, legătură, politețe;
- gândire şi vorbire stereotipă – anumite expresii sau cuvinte se repetă identic;

Tulburări semantice

- semnificația unor expresii este utilizată neobişnuit, nepotrivit cu contextul (expresia poate fi un cuvânt, o locuțiune, o metaforă, un fragment de text);
- acordarea unor semnificații speciale unor fragmente de discurs detaşate artificial de context;
- semnificații misterioase, idei idiosincrazice;
- neologisme, noi simboluri, înțelese doar de pacint, un nou cod lingvistic

Tulburările formale de gândire şi vorbire exprimă tendința spre abstractizare şi simboluri. Comunicarea este ciudată, stranie, bizară, incomprehensibilă. Ea se poate asocia cu convingeri delirante.

Dezorganizarea **în plan motivațional comportamental** se manifestă prin:

- expresii mimico-gestuale care sunt neadecvate situației sau în discordanță cu trăirea afectivă şi cu motivația afirmată;
- expresivitatea corporală şi vestimentară este ciudată, neadecvată şi neconformă convențiilor sociale;
- comportamentul social e neadecvat, nelogic, neconform cu uzanțele, neobişnuit, ciudat;
- manifestării corporale parazitate de stereotipii, manierisme, ritualuri; poziție ciudată, manifestări ale sindromului cataton.

Simptomatologia dezorganizantă condiționează deficite de comunicare cu alții. Corelat cu simptomatologia dezorganizantă mai apar următoarele simptome psihopatologice:

- dificultatea filtrării informațiilor cu distincția între esențial şi neesențial;
- deficiența percepției de sine a subiectului ca ființă unitară în toate planurile;
- deficiența percepției altora şi a situațiilor ca realități unitare şi semnificative.

Sindromul apatic amotivațional

În normalitate omul se raportează activ, intenţional faţă de realitatea din jur şi faţă de ceilalţi oameni ataşându-se de aceştia şi rezonând afectiv în ritm cu semnificaţiile realităţii şi stările celor apropiaţi.

Sindromul apatic-amotivaţional se caracterizează prin:indiferenţă globală, anafectivitate;deficit de spontaneitate, interese şi activitate; relaţionarea interpersonal socialăe redusă, ambivalenţă în toate planurile vieţii psihice.

Simptomele ce caracterizează sindromul din punct de vedere afectiv:

- atitudine indiferentă faţă de toate aspectele realitaţii (diferită de atitudinea euforică, depresivă, anxioasă, iritabil ostilă suspicioasă);
- deficit de emotivitate, reacţii faţă de toate evenimentele semnificante şi în relaţiile interpersonale; faptul comportă indiferenţă faţă de succes sau eşec, laudă sau blam;
- deficit al afectivităţii interpersonale (în sens de afecţiune, ataşament,rezonare afectivă, dragoste, ură) cu atitudine neutră distantă. Global se vorbeşte de răceală afectivă, sărăcie afectivă, pustiire afectivă, tocire afectivă
- ambivalenţa afectivă: subiectul are faţă de aceaşi persoană sentimente şi atitudini contradictorii
- anhedonie globală (lipsa capacităţii de a se bucura).

Din punct de vedere cognitiv motivațional:

- deficit de spontaneitate, de inițiativă în toate ariile vieții psihice;
- deficit de curiozitate, căutare, investigare, imaginare în a provoca realitatea, a se proiecta în viitor, cu tendința de a recepta pasiv informațiile;
- deficit de interese, proiecte de acțiune şi motivație în general, cu pronunțată indecizie şi dificultăți mari de a trece la act, a acționa; rezultă inactivitate şi apragmatism (avoliție, abulic); poate fi prezentă o ambitendendență
- indiferența față de sine, față de propria persoană corporale până la lipsă de îngrijire personală. Subiectul poate petrece mult timp fără să facă nimic sau în situație pasivă, de receptare (mai poate petrece timpul cu preocupări abstracte care îl detaşează de ambianță).

Din punct de vedere al relaționării interpersonale:

- contact interpersonal dificil în relația directă față în față; e dificilă coexistența firească cu altul;
- deficit de comunicare interpersonală, mimică, gestică şi de limbaj, deficit de a comunica, a colabora;
- deficit de asertivitate în raport cu alții, retragere socială, subiectul prefera izolarea, activitățile solitare (deficitul de relaționare e în mare măsură condiționat de deficitul de sinteză, de percepția celorlalți ca realități unitare).

Din punct de vedere cognitiv:

- tabloul apatic amotivațional se poate însoți (în schizofrenie) de o sărăcire a gândirii, gândire săracă, concretă;
- sindromul apato-abulic se mai poate însoți de tulburări particulare ale atenției (filtrului atențional) sau hiperreflexie.
- ambivalența se poate manifesta şi în plan cognitiv prin apariția de idei opuse, contrarii, simetrice, care sunt cotate cu o valoare egală.

Sindromul apato-amotivațional-abulic e caracteristic pentru schizofrenie şi spectrul acesteia (schizofrenie, tulburare schizotipală). El se distinge de depresie prin lipsa stării afective triste şi de autodepreciere cu inhibție şi lentoare. Inactivitatea nu e din cauza inhibiției, ci a indiferenței. Retragerea socială de asemenea e datorată deficitului de intenționalitate şi motivație şi nu inhibiției sau suspiciozității care condiționează o retragere activă.

Sindromul denivelării vigilității. Delirium

În mod normal viața omului oscilează între somn şi veghe, la fel ca cea a vertebratelor. În stare de veghe există diverse grade de luciditate conştientă, mai mare în cazul emoției, a concentrării voluntare, a consumului de vigilizante (cafea), mai redusă in oboseală, relaxare, perioada de dinaintea adormirii. Starea de veghe conştientă permite o raportare clară şi performantă la ambianță , o bună funcționare cognitivă (din punct de vedere al atenției, percepției, memoriei, gândirii, discernământului) un control instinctiv, afectiv şi decizional adecvat, un comportament cu scop si sens adaptativ. Există de asemenea o bună reflexivitate conştientă în sens de înțelegere şi raportare la sine, în autopercepție şi articulare la memoria biografică, o bună orientare temporo-spațială auto şi allopsihică. Responsivitatea la stimuli este adecvată şi performantă. Toate aceste aspecte sunt modificate în psihopatologie în variate modalități.

În psihopatologie întâlnim:

- obnubilarea: pacientul este imobil, fără mişcări şi activitate spontană, răspunde dificil la stimuli, doar la cei intenşi şi repetați; procesele cognitive sunt diminuate: răspunde greu la stimuli, doar la cei intenşi şi repetați,; procesele cognitive sunt diminuate (atenția, percepția); lentoare în derularea proceselor cognitive; colaborarea cu ceilalți e dificilă;
- soporul este o stare de denivelare a vigilității de tipul obnubilării, mai accentuată, cu somnolență şi adormire intermitentă;

- coma constă în suspendarea vigilității conştiente; ea poate avea diverse grade de profunzime care se măsoară prin reflexele care se păstrează;
- stuporul constă din: Stare de nemişcare în diverse poziții cu areactivitate şi negativism; Pacientul deşi nu doarme, nu răspunde la stimuli verbali şi e hiporeactiv la alți stimuli. Nu se mişcă şi nu vorbeşte spontan. Nu răspunde la întrebări şi nu execută comenzile. Uneori se poate opune la mobilizarea pasiva, mai ales a gurii, pentru alimentare. Poate prezenta hipertonie sau hipotonie musculară;
- starea crepusculară sau disociativă de conştiență constă dintr-o diminuare a vigilității cu deplasare; subiectul are o reducere a vigilității în sensul că scade reflexivitatea (conştiența de sine în cursul desfăşurării evenimentelor); percepția e redusă dar suficientă pentru deplasare, fară dificultăți, greşeli sau accidente (pacientul nu identifică persoanele cunoscute, nu răspunde la salut sau întrebări). Tulburarea se desfăşoară paroxistic cu debut şi remisiune bruscă, durată delimitată în timp. Privitor la episod, subiectul are amnezie sau hipomnezie. În timpul episodului subiectul poate avea şi comportament agresiv, uneori reactiv.

Starea disociativă de conştiență poate avea diverse durate. Când durează mai multe zile se vorbeşte de dromomanie; nivelul vigilității poate fi fluctuant dar fără remisie completă.

Există o corelație (în continuitate) între aceste tulburări şi personalitatea multiplă, în care caz nu este prezentă o modificare a vigilității conştiente.

- deliriumul constă dintr-o denivelare de diverse grade a vigilității conştiente însoțită de dezorientare temporo-spațială şi nelinişte sau

agitație psiho-motorie. Vigilitatea poate fi doar parțial modificată, disimulată sau grav afectată. Funcțiile cognitive sunt diminuate şi la fel reactivitatea la stimuli. E caracteristică dezorientarea în timp şi spațiu, în raport cu evenimentele, cu propria persoana şi cu alții; apar frecvent false identificări de persoane. Pacientul nu e imobil ca în obnubilare ci neliniştit sau agitat. Agitația se poate însoți de heteroagresivitate, chiar cu "stare clastică" (pacientul distruge nediferențiat tot ce întâlneşte în jur); agitația poate fi şi în spațiu redus în limitele patului (stare "amentivă"). Vorbirea este deseori incoerentă, starea afectivă e deseori anxioasă dar poate fi şi euforică.

Pe acest fundal pot apărea stări halucinatorii de tipul visului, "oneiroide"; halucinațiile sunt predominant vizuale, simple sau mai ales scenice, uneori panoramice: subiectul percepe scene, la care participă intens afectiv şi comportamental; pot apare şi halucinații auditive, olfactive, gustative tactile sau altele. De asemenea pot apare convingeri delirante, de obicei consecutive halucinațiilor.

Deliriumul e o tulburare delimitată în timp ce durează de obicei câteva zile (în relație cu etiologia) mai rar câteva săptămâni. Dacă se prelungeşte se ridică problema tranziției spre demența ireversibilă.

Sindromul dismnestic

Memoria persoanei poate avea o funcționare variabilă în corelație cu alte funcții mnezice, cu stările afective şi cu diverse împrejurări.

În psihopatologie întâlnim deficiențe predominant mnestice ale disfuncționalității psihice, de durată variabilă; uneori acestea sunt preludiul deteriorării cognitive de tip demențial.

Ca şi configurație simptomatică se notează:

- Amnezia anterogradă: subiectul nu reține datele recente, nu le asimilează pentru a le transforma în date mnestice. Deficitul este resimțit ca disfuncție imediată (nu reține datele utile desfăşurării unei acțiuni) sau ca disfuncție pe termen mediu (nu-şi aminteşte unde a pus lucrurile, nu poate utiliza informațiile ce i-au fost furnizate). Neasimilarea informativă condiționează neînregistrarea evenimentelor trăite care în consecință nu pot fi relatate sau utilizate ca experiență;
- Amnezia retrogradă se referă la pierderea cunoştințelor asimilate; deci la fondul mnestic ce a fost înregistrat şi utilizat; pierderea are loc de la prezent înapoi, retrograd; ea se poate extinde pe câteva ore, zile, săptămâni, luni, ani în urmă. În unele cazuri pe măsura trecerii timpului amnezia retrogradă se accentuează, progresând înapoi tot mai mult;
- Deficitul perceptiv şi mnestic e prezent în toate cazurile de diminuare sau suspendare a vigilității conştiente, cum ar fi coma, deliriumul, obnubilarea. Perioada în care subiectul nu a înregistrat evenimente, informații, nu poate fi reamintită. În măsura în care subiectul îşi revine din starea de deficit el are pentru perioada respectivă o „amnezie lacunară”; adică nu-şi aminteşte nimic din perioada respectivă de comă,

delirium, stare crepusculară (stare disociativă de conştienţă); sau/şi din perioada de amnezie anterogradă, la care se adaugă cea de amnezie retrogradă. Durata „lacunei mnestice" este variabilă şi poate fi compusă din diverse tipuri de amnezie;

- Sindromul Korsakov constă din: amnezie anterogradă care nu este receptată (înțeleasă, percepută, conştientizată) ca atare de subiect; deficitul mnestic este compensat confabulator; pacientul este anosognozic, uneori euforic, nedându-şi seama de deficitul său. Pot coexista unele deficite în ceea ce priveşte memoria biografică mai ales în sensul ordonării în timp a episoadelor de viață;
- Amnezia electivă constă din faptul că subiectul nu-şi reaminteşte dintr-un episod trăit decât unele aspecte şi nu altele (de obicei cele de care nu-şi aminteşte au o semnificație neplăcută).

Tulburările mnezice cuprind şi alte simptome cum ar fi: sentimentul de deja vu (vecu) şi jamais vu (vecu). Memoria este strâns corelată cu toate funcțiile cognitive dar mai ales cu imaginația. Ca patologie a acesteia se menționează mai ales:

- Confabulația, aceasta se referă la sinteza imaginativă prin care subiectul relatează date şi fapte ce nu sunt reale, nu au avut loc, cu convingere în realitatea lor;
- Mitomania se referă la deformarea imaginativă a unor evenimente trăite de obicei în aşa manieră încât subiectul apare într-o lumină favorabilă.

Tulburările memoriei (şi ale imaginației) se întâlnesc în diverse contexte clinice. Dismnezia, sau deficitul mnestic mediu, constituie preludiul unui proces deteriorativ cognitiv.

Sindromul demențial

Procesul dezvoltării psihice a individului care implică achiziția progresivă de noi capacități individuale şi pragmatice, de noi cunoştințe şi de o tot mai bogată identitate odată cu practicarea unor roluri sociale tot mai complexe, este contrabalansat de pierderea acestora, mai lentă sau mai rapidă, globală sau sectorială.

Sindromul demențial se referă la pierderea, progresivă şi ireversibilă a unor funcții psihice, centrate de cele cognitive şi care conduce la deteriorarea funcționării sociale şi reducerea fondului de cunoştințe, a nivelelor de interese şi competențe sociale, la declinul identității şi dimensiunii valorice a persoanei.

Deteriorarea demențială, condiționată totdeauna organic cerebral dar în variate modalități este în primul rând vizibilă în planul funcțiilor cognitive şi executive.

Simptomele importante sunt:

- Deficențe cognitive centrate pe disfuncția memoriei. Odată cu reducerea atenției şi percepției se instalează o amnezie antero-retrogradă cu consecințe pragmatice. Subiectul uită să execute corect şi finalizat o serie de acte ale vieții obişnuite (închiderea robinetelor, a luminii, a uşii). Amnezia retrogradă determină uitarea unor perioade de viață care pot evolua pe ani de zile. Amnezia condiționează pierderea reperelor pentru orientarea spațială, orientarea temporală, biografică (autopsihică) şi în raport cu alte persoane (alopsihică);

- Funcțiile executive sunt deteriorate în sensul efectuării eficiente a unei acțiuni cu scop şi sens. Se deteriorează discernământul (evaluarea consecințelor propriilor acte pentru sine şi pentru alții). Nu mai sunt executate eficient şi adecvat actele ce compun derularea vieții curente, de zi cu zi;
- Scade sfera de interese şi preocupări, care devin tot mai egocentrice;
- Progresiv se reduce capacitatea de autoadministrare şi în final de autoîngrijire;
- Subiectul îşi poate pierde reperele care-i definesc propria identitate;
- Procesul demențial se însoțeşte de variate tulburări neurologice care depind de tipul de boală ce afectează encefalul. Poate fi vorba de disfuncții instrumentale (afazie, agnozie, apraxie), de tulburări piramidale, extrapiramidale, tablou de tip pseudo bulbar, etc.

Sindromul demențial poate fi accentuat temporar de episoade confuzive (de delirium) şi poate fi marcat de simptome psihotice (delirant halucinatorii).